

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

31

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 novembre 1900, à 1 heure

Par MORET (ARMAND)

Né à Paris, le 17 avril 1873

Ancien interne de la Maison Départementale de Nanterre

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUBERCULOSES OSSEUSES & OSTÉO-ARTICULAIRES

CHEZ LES VIEILLARDS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

RÉMY,

GILLES DE LA TOURETTE,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

31

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 novembre 1900, à 1 heure

Par MORET (ARMAND)

Né à Paris, le 17 avril 1873

Ancien interne de la Maison Départementale de Nanterre

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUBERCULOSES OSSEUSES & OSTÉO-ARTICULAIRES

CHEZ LES VIEILLARDS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

RÉMY,

GILLES DE LA TOURETTE,

} *agrégés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARBIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Durant le séjour de deux années que nous avons fait comme interne à la Maison Départementale de Nanterre, nous avons été frappé comme tous nos collègues, du nombre relativement considérable de tuberculeux que nous avons eu à soigner.

La fréquence de la tuberculose dans cette maison a déjà été signalée à maintes reprises : tout dernièrement, par notre excellent collègue et ami le docteur Bouvet dans sa thèse, et précédemment par Hanot qui s'est efforcé d'en rechercher les causes et de proposer des moyens d'y porter remède. Bien avant lui déjà, deux anciens internes de la maison, Bories et Mary, avaient signalé les conditions hygiéniques déplorable et toutes les causes qui peuvent contribuer au développement ou à l'aggravation de la tuberculose chez les hospitalisés.

Notre intention n'est pas de refaire ce procès ni de reprendre cette cause si souvent plaidée ; nous voudrions simplement étudier une seule des manifestations de la grande infection tuberculeuse, celle que nous avons été plus particulièrement à même d'étudier, *la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire*, et encore la considérons-nous à un point de vue tout à fait spécial ; nous voulons nous occuper de cette affection chez les individus âgés.

Dans tous les traités classiques on trouve énoncée cette

proposition, que *la tuberculose ostéo-articulaire* est rare chez les vieillards ; or, étant à même d'en observer de nombreux cas dans notre clientèle spéciale, l'idée nous est venue de rechercher si réellement cette localisation est une rareté, et si nous avions été trompé par ce fait, que le nombre des malades âgés défilant dans nos salles est plus considérable que dans tout autre hôpital.

A cette occasion, nous avons consulté une statistique faite dans le service du docteur Rémy, depuis le mois d'août 1893 et continuée par nous jusqu'au mois d'octobre 1900. Malheureusement cette statistique ne concerne que les malades hommes, le service des femmes est d'ailleurs bien moins actif ; nous y avons trouvé nombre de renseignements intéressants.

Qu'il nous soit permis à cette occasion de témoigner à M. le professeur agrégé Rémy toute la reconnaissance que nous lui devons, tant pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant les deux années que nous avons passées comme interne dans son service, que pour les connaissances de chirurgie pratique qu'il nous a permis d'acquérir.

Nous ne voudrions pas non plus oublier de remercier M. le professeur Tillaux qui guida nos premiers pas au début de nos études médicales, et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous conserverons un souvenir ému des premières leçons de clinique médicale que nous donna le professeur agrégé Hanot.

Et nous garderons une dette de reconnaissance envers

M. le professeur agrégé Blum et les docteurs Lermoyez, Galliard et Guillemain qui nous prodiguèrent leur enseignement pendant nos quatre années d'externat.

Nous nous ferions un scrupule de passer sous silence la bienveillance de M. le professeur agrégé Walther dont nous fûmes trop peu de temps l'élève.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Recherches sur la fréquence de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire chez les vieillards.

Il est d'opinion courante, disions-nous, que *la tuberculose ostéo-articulaire* est rare chez les vieillards, et cette opinion se trouve reflétée dans la majorité des auteurs ; aussi ne fûmes-nous pas peu surpris pendant ces deux dernières années où nous pûmes observer de nombreux malades, et en particulier des malades âgés, de voir parmi ces derniers un nombre relativement considérable de tuberculeux osseux. Aussi l'idée nous vint-elle de rechercher avec soin quels étaient les auteurs s'occupant de cette question et à quel point de vue ils l'envisageaient.

Les recherches sont rendues assez délicates par ce fait, que la notion de *tuberculose osseuse et ostéo-articulaire* n'est définitivement établie que depuis fort peu de temps.

Avant une période ne remontant pas au delà de 1836, et même depuis cette époque malgré les travaux de Nélaton, la *tuberculose osseuse* était confondue avec d'autres

affections, noyée au milieu d'autres manifestations de maladies bien diversifiées maintenant.

Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours tous les auteurs font rentrer les lésions de tuberculose osseuse dans la description d'une diathèse à cadre très large où l'on fait rentrer toutes les manifestations de la tuberculose, les différentes variétés de néoplasme, la syphilis, sans compter bien des dermatoses, je veux parler de la scrofule. Si bien que, en 1844, Guersant disait : « L'histoire médicale des scrofules entourée de beaucoup d'obscurité est une des parties les plus confuses de la pathologie. » Et il blâme les auteurs qui agrandissent le domaine de cette maladie en incorporant dans son histoire la tuberculose, les différentes maladies de la peau, la syphilis et même comme le faisaient Hippocrate et Celse les tumeurs cancéreuses.

Aussi se trouve-t-on fort embarrassé pour retrouver au milieu des descriptions des nombreux auteurs qui ont écrit sur ce sujet, ce qui ressort à notre cas particulier.

Néanmoins nous nous croyons autorisé, sans crainte de faire une trop grosse erreur, à affirmer que la scrofule osseuse est de la tuberculose et nous nous appuierons sur l'autorité du professeur Lannelongue : « Me sera-t-il permis de dire que je suis depuis longtemps convaincu qu'on doit abandonner toute distinction dans les lésions dites scrofuleuses et tuberculeuses des os et admettre uniquement ces dernières. »

Actuellement, la pathogénie des lésions dont nous devons nous occuper ne fait plus aucun doute, la maladie est due au bacille de Koch, et à lui seul, sa marche peut être modifiée par diverses influences étrangères : condi-

tions hygiéniques du sujet, résistance du terrain, association de microbes ; mais l'élément spécifique, celui dont on peut toujours révéler, sinon constater *de visu* la présence, c'est le bacille de Koch.

La date récente de cette découverte (1882) explique le petit nombre de travaux écrits spécialement sur notre sujet.

Pour Hippocrate les écrouelles étaient la principale manifestation de la diathèse scrofuleuse, aussi affirmait-il que les scrofules ne se voient pas chez les vieillards.

Nous verrons plus loin que notre statistique vient, sinon confirmer cette opinion, du moins affirmer que la tuberculose ganglionnaire est rare à cette époque de la vie.

Dès la fin du siècle dernier les auteurs qui écrivent sur la scrofule s'occupent de son existence chez les vieillards. En 1780, Lalouette signale une famille de scrofuleux chez laquelle trois enfants de 14, 16 et 26 ans sont touchés et aussi le père âgé de 66 ans.

Kortum en 1789 affirme la scrofule sénile, mais c'est une scrofule secondaire chez des individus ayant déjà présenté des accidents pendant leur jeunesse.

Leurs en 1797 l'admet aussi, Richerand en 1808 en parle ainsi que Gintrac (1853) et ces deux auteurs en indiquent les conditions étiologiques ; l'un l'observe chez les prisonniers, l'autre chez des gens soumis à de mauvaises conditions hygiéniques, ce qui est tout un.

Avant ce dernier, Guersant (1844) n'était pas de cet avis, il en fait l'apanage presque exclusif de la jeunesse. Nélaton n'en avait pas observé de cas après 55 ans et Lebert dans ses études sur la fréquence relative de la scrofule ne poursuit pas son tableau après 45 ans.

Dumoulin, en 1854, cite des cas de scrofule sénile, mais de scrofule cutanée seulement.

Il nous faut arriver à Bazin (1861) pour voir un peu de précision se faire dans les esprits.

Bazin divise la scrofule en quatre périodes :

Une première période caractérisée par des scrofulides superficielles de la peau et des muqueuses ;

Une deuxième période qui comporte les lésions de la peau et de la muqueuse mais des lésions malignes et profondes et enfin les engorgements ganglionnaires ;

Une troisième période comprenant les maladies des os et des articulations ;

Et enfin la scrofule viscérale qui forme la quatrième période.

Bazin admet l'existence de la scrofule sénile débutant par la troisième ou la quatrième période.

Villemin soutient que pour lui la tuberculose osseuse est une maladie de la première enfance.

Bourdelaïs (1876), après avoir cité l'opinion de Paget qui reconnaît que la scrofule chez les individus ayant plus de 60 ans est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, dit : « Cependant jusqu'ici peu de choses ont été publiées sur la question qui nous occupe, ce qui tient sans doute, non seulement, à la rareté des affections scrofulieuses, mais encore à leur réelle difficulté de diagnostic. » Il conclut en disant qu'il croit la scrofule très rare à un âge très avancé, et il note son absence à Bicêtre et à Ivry. Mais il indique ensuite, affirmation d'autant plus précieuse qu'elle est plus rare, que pour lui la manifestation

la plus fréquente de la scrofule à cet âge est la scrofule osseuse.

Rageot de la Touche (1880) dans sa thèse, malgré les travaux antérieurs de Cornil, malgré l'avis de Rillet et de Barthez, malgré l'affirmation de Graves que la tuberculose est une manifestation viscérale de la scrofule, n'ose se prononcer sur la nature de la maladie ; mais dans ses conclusions, il affirme que, après l'âge de 40 ans, les manifestations scrofuleuses sont plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement.

Laconche (1882) parlant de la fréquence de la scrofule tardive, s'exprime ainsi : « A ce point de vue nous ne pouvons avancer que la scrofule soit très fréquente dans la vieillesse, mais nous pensons avec Paget qu'elle est moins rare qu'on le pense ; » et il conclut en disant : « Dumoulin en France, Paget en Angleterre ont prétendu que la scrofule sénile était plus fréquente que celle de l'âge adulte (30 à 50 ans). — Nous aurions tendance à nous prononcer en faveur de cette opinion au moins pour la scrofule primitive. »

Courtin (1883) parlant de la tuberculose de l'acromion, la trouve plus fréquente à l'âge adulte et chez les vieillards.

Foulquier (1885) trouve que l'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule est d'une rareté excessive après 40 ans.

Dulac (1890) s'occupant du même sujet, est d'avis qu'on voit cette affection même chez les vieillards.

Marsh (1892) dit : « Les statistiques montrent très clairement que la tuberculose chirurgicale est de beaucoup la plus fréquente entre 3 et 10 ans ; après 10 ans la tuber-

culose devient de plus en plus rare à mesure que l'âge augmente. Je l'ai rencontrée à tous les âges jusqu'à 70 et 80 ans ; mais à chaque période je constate une diminution progressive. »

Mauclair (1893) dans un travail cependant très consciencieux et très documenté soutient que les lésions tuberculeuses ne sont pas fréquentes chez les vieillards, et parlant aussi de la tuberculose en général il se trouve en contradiction avec Laennec, Peter et Fuller.

Vigerie (1893) dans sa thèse, un des rares documents ayant directement trait à notre propre sujet, note l'existence des tuberculoses osseuses séniles : il note même leur fréquence mais sans donner de chiffres.

Pour Lannelongue, le vieillard offre une résistance plus grande à la tuberculose.

Gangolphe (1893) lui aussi, après avoir cité la thèse de Givre (1890) qui relate la tuberculose des ouvriers en soie, chez les individus jeunes principalement, et à manifestation pulmonaire, s'étonne de cette opinion et dit : « Contrairement à ces assertions, nous avons été frappés, mon collègue et ami Pollosson et moi de la fréquence de la tuberculose osseuse et articulaire chez les vieillards.

« Placé depuis plus de trois ans à la tête du service de chirurgie de la Croix-Rousse, nous sommes étonné du grand nombre de vieillards et de sujets ayant dépassé 40 ans, atteints du mal de Pott, de coxalgie et surtout de lésions du pied. »

Un an après (1895) Polaillon continue cependant à faire de la tuberculose articulaire une maladie du jeune âge.

Enfin dernièrement (1898) Widal, au quatrième congrès

pour l'étude de la tuberculose se fait l'écho de l'opinion courante et signale qu'il a pu cependant recueillir dix observations de tuberculose osseuse et cutanée chez des individus âgés de 70 à 78 ans.

Tout le monde a pu lire l'opinion de Lagrange dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et de Reclus, et celle de Mauclaire dans le traité de Le Dentu et Delbet.

Que conclure de cette longue énumération un peu ennuyeuse peut-être, mais nécessaire cependant ?

C'est d'abord que la scrofule sénile niée par les uns, reconnue par les autres, est à de rares exceptions près, considérée comme peu fréquente ; malheureusement tous les auteurs ne spécifient pas s'il s'agit de la manifestation osseuse ; et, cette omission est d'autant plus fâcheuse que nous sommes absolument de cet avis pour les tuberculeuses ganglionnaires. Les écrouelles qu'Hippocrate ne rencontrait pas chez les vieillards nous ont paru aussi, rares à un âge avancé, et sans vouloir faire l'étude pathogénique et anatomo-pathologique de la tuberculose des os et des articulations, il nous paraît difficile, au moins pour les vieillards, de souscrire à l'opinion de Mauclaire, qui assimile la tuberculose osseuse à la tuberculose lymphatique.

L'opinion la plus fréquemment admise est que l'infection tuberculeuse se fait par voie lymphatique, on devrait donc voir les ganglions pris avant l'os, or ces cas sont très rares chez les vieillards, nous avons vu plus souvent l'hypertrophie consécutive des ganglions correspondant au territoire d'une lésion osseuse. Mais nous n'avons pu relever que trois cas du phénomène contraire, deux cas personnels et un cas relaté dans la thèse de Bouvet (obs. IV).

Dans une de ces observations l'apparition des deux lésions s'était faite simultanément, mais à grande distance (clavicule et aine droite).

Peut-être faudrait-il supposer pour expliquer cette non-concordance des lésions osseuses et ganglionnaires, que le système lymphatique atrophié chez le vieillard est incapable de remplir son rôle de défense, qu'il se laisse traverser par les germes infectieux sans réagir ? Et nous serions assez porté à accepter cette hypothèse, notre maître le docteur Remy, nous ayant affirmé l'existence de lésions osseuses dont le point de départ indiscutable était une inoculation cutanée (1).

Pour nous, nous n'avons jamais observé ce mode d'infection.

Si nous notons les opinions des auteurs qui ont spécifié qu'ils parlaient de la tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire ; à une ou deux exceptions près nous nous trouvons en désaccord complet ; et grand est notre embarras de battre en brèche les affirmations de nos maîtres. Cependant l'examen de notre statistique nous paraît concluant.

Nos calculs portent sur un mouvement de 3.925 malades ; nous avons revu nous-même avec soin tous les cahiers de diagnostic et avons essayé d'éliminer dans la mesure du possible les causes d'erreur. Notre travail a porté tant sur les tuberculoses osseuses et articulaires que sur les tuberculoses ganglionnaires, et on peut se rendre compte par la lecture du tableau ci-joint de l'opposition flagrante

(1) Observation semblable signalée par M. CELOS, *Bulletin de la Soc. anat.*, n° 7, août 1900, p. 731.

qui éclate entre ces différentes manifestations de la tuberculose chirurgicale.

STATISTIQUE

des malades (hommes) entrés à l'infirmérie de la Maison départementale de Nanterre (chirurgie) du mois d'août 1893 au mois d'octobre 1900.

AGE	NOMBRE DES MALADES	TUBERCULOSES TUBERCULOSES		TUBERCULOSES TUBERCULOSES	
		OSSEUSES ET ARTICULAIRES	GAN- GLIONNAIRES	OSSEUSES ET ARTICULAIRES	GAN- GLIONNAIRES
				%	%
10 à 20 ans	297	12	24	4,04	8,08
20 à 30 »	392	11	28	2,81	7,14
30 à 40 »	491	22	24	4,48	4,89
40 à 50 »	664	33	24	4,97	3,61
50 à 60 »	1.051	54	56	5,14	5,33
60 à 70 »	922	40	28	4,34	3,04
70 à 80 »	108	6	1	5,55	0,925
TOTAUX	3.925	178	195	»	»

D'où vient cette opposition entre le résultat de nos recherches et l'opinion des auteurs ?

Nous ne serions pas éloigné d'incriminer une erreur d'observation.

En effet, nous avons établi le nombre des cas (0/0) de tuberculose osseuse à chaque âge, non pas d'après le nombre de cas de tuberculose observés, mais bien d'après le nombre de malades examinés et se trouvant dans la même période de la vie. Ce petit détail à lui seul pourrait expliquer bien des erreurs.

Les statistiques de Polaillon, outre qu'elles sont établies sur la distinction arbitraire entre arthrites non suppurées et arthrites fongueuses ou suppurées sans spécifier leur nature, sont de plus dressées d'après le nombre de cas observés : il en est de même d'une statistique de la

thèse de Eisberg que nous reproduisons pour montrer qu'avec des chiffres sensiblement semblables on peut arriver à des conclusions diamétralement opposées.

0 à 10 ans, nombre de cas.	37
10 à 20 —	166
20 à 30 —	51
30 à 40 —	10
50 ans et plus	7
non précisés	25
Total.	312

Seule la statistique de Thiéry fait exception, mais elle ne nous donne pas la proportion par âge; elle se contente de relever la fréquence des tuberculoses chirurgicales et de la comparer au nombre d'observations recueillies.

Splenger lui aussi établit mal sa statistique, mais il note comme nous-même une augmentation des cas entre 50 et 60 ans.

Peut-être nous objectera-t-on le choix que nous avons fait de l'âge de 50 ans pour marquer le seuil de la vieillesse. Hallé, Daubenton, Madeline sont d'accord pour fixer le début de la sénilité à 60 ans.

Nous répondrons avec Durand Fardel qu'il est à peu près impossible de fixer une date exacte; nous avons pris cette limite de 50 ans parce que les gens que nous avons examinés sont des hommes débilités, usés par tous les excès et toutes les privations et réellement vieux quoique peu avancés en âge. Nous pouvons d'ailleurs nous appuyer sur l'autorité de Marsh: « L'âge auquel on peut dire que la tuberculose est sénile doit être de 50 ans. Cette limite

est arbitraire, mais elle est tout à fait clinique, car les malades chez lesquels on voit se développer la tuberculose, soit à cet âge, soit postérieurement, sont ordinairement affaiblis et ont des tissus qui sont déjà vieux, en ce sens qu'ils sont dégénérés. »

CHAPITRE II

Causes prédisposantes et causes déterminantes.

La fréquence des lésions tuberculeuses des os et des articulations étant pour nous chose acquise, nous avons été porté à rechercher si quelque chose dans les conditions étiologiques pouvait expliquer notre contradiction avec les auteurs.

Pour les ouvrages remontant à une dizaine d'années ce sont les théories pathogéniques et l'étiologie de la scrofule qu'il nous faut étudier, et nous ne nous arrêterons pas longuement à l'opinion de Hunter et de Bordeu qui font la maladie le résultat de la présence dans le sang d'un acide particulier (l'acide phosphorique pour Baumes), ni à celle de Morton qui en fait le résultat des fièvres éruptives, malgré l'avis contraire de Cullen et de Baudelocque, ce dernier accusant l'air vicié.

Broussais et Girtanner en font un effet de l'irritation ; Alibert, Astruc, Rosen, Hulfand une dégénérescence du virus vénérien.

Velpeau et Piorry nient sa spécificité et croient à l'influence d'une irritation de voisinage ; Lepelletier compare la scrofule au phénomène de l'étiollement des végétaux ; Grisolles est aussi peu affirmatif sur la nature de la maladie.

Nous avons déjà vu que Richerand l'observait chez les prisonniers ; il incrimine la mauvaise hygiène, la misère morale et physiologique.

Gintrac croit aussi que ces raisons ont une grande part dans le développement de la scrofule tardive.

Bourdelaïs est du même avis, et note de plus l'influence de traumatismes, déjà démontrée par Richet en 1851 : il note aussi la fréquence plus grande chez la femme. C'est une affirmation que nous ne sommes pas, à notre grand regret, en état de confirmer, n'ayant qu'un service de femmes très peu actif et la statistique n'ayant pas été faite pour ces salles.

Rageot, Laconche insistent sur le rôle du traumatisme ; seul depuis 1868, Villemin avait affirmé la spécificité de la maladie et son inoculabilité.

Actuellement les auteurs sont d'accord pour faire du bacille de Koch l'agent actif de la lésion osseuse ou articulaire ; pour expliquer son développement on incrimine l'hérédité, la contagion, la mauvaise hygiène, le traumatisme. Le professeur Lannelongue proteste cependant contre la tendance que l'on a à exagérer l'importance de ce facteur étiologique.

Toutes les causes du développement de la tuberculose se retrouvent aussi bien pour les jeunes gens que pour les vieux ; nous espérons pouvoir expliquer la fréquence de la tuberculose chez nos vieillards, mais il faut bien avouer que malheureusement nos recherches n'ont guère été couronnées de succès ; nous n'avons retrouvé que les causes banales de tuberculisation : hérédité, contagion, surmenage, excès, misère morale, misère physiologique, traumatisme.

Comme on peut s'en convaincre par la lecture des observations tant personnelles, que de celles que nous avons pu recueillir dans les auteurs, on retrouve ces conditions étiologiques indifféremment sans que l'une ou l'autre de ces causes semble jouer un rôle prépondérant.

Parfois les lésions semblent survenir sans raison déterminante, d'autres fois, mais rarement, la contagion semble avoir été un des facteurs, sans expliquer d'ailleurs la localisation ostéo-articulaire plutôt qu'une autre ; l'hérédité est loin d'être prouvée pour tous les cas. Ce qui semble revenir le plus souvent parmi les causes invoquées, c'est la misère morale et physique et dans nos observations, l'intoxication alcoolique.

Pendant ces dernières années, à la suite des expériences de Max Schuller, on avait donné une grosse importance au traumatisme parmi les causes qui pouvaient amener la localisation du bacille sur une articulation ; mais il faut se souvenir que toujours le malade a tendance à faire remonter l'origine de sa maladie à quelque accident, et que trop souvent le médecin se laisse influencer par les affirmations du malade.

Loin de nous la pensée de vouloir nier la réalité, mais tout en citant un certain nombre de cas où le trauma est net, nous devons dire que bien souvent il manque et nous sommes absolument de l'avis de Lannelongue et Achard (1) qui, s'appuyant sur des expériences récentes, viennent nous mettre en garde contre une opinion trop absolue.

En résumé, rien ne peut être accusé plus spécialement

(1) LANNELONGUE et ACHARD, *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Berlin, 1899.

de provoquer la tuberculose osseuse et articulaire chez les vieillards.

Les malades que nous avons observés sont des gens ayant exercé toutes sortes de professions, quelquefois plusieurs successivement. Ce sont à peu près tous des alcooliques invétérés ; ils ont connu toutes les privations. Beaucoup, pour ne pas dire la majorité, ont fait dans les prisons des stages plus ou moins longs ; ils arrivent à la maison, surmenés, déprimés, et ce n'est pas le régime auquel ils sont soumis qui peut les aider à se remonter. Nourris insuffisamment (1), enfermés le jour dans des ateliers mal ventilés, et surtout la nuit dans des dortoirs beaucoup trop petits, ceux qui étaient en puissance de bacille de Koch ne tardent pas à voir éclater les premiers symptômes.

Quant aux tuberculeux déjà avérés, leurs lésions s'aggravent rapidement et ils se trouvent merveilleusement placés pour contaminer leurs camarades encore indemnes. Nous trouvons donc toutes les raisons pour le développement du bacille de Koch chez nos vieillards ; mais rien n'a pu nous éclairer sur la fréquence de la localisation osseuse ; le résultat de nos recherches dans les observations déjà publiées a été aussi peu fructueux.

Obs. 1 (personnelle). — *Tuberculose du pied.*

S. Joseph, âgé de 66 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 29 octobre 1898 (3^e section, atelier des plumes).

Le malade est originaire de Dôle dans le Jura ; on ne trouve rien dans ses antécédents héréditaires ; deux de ses enfants se-

(1) Au budget de 1900, le chapitre de la nourriture a été diminué de 20,000 francs

raient morts en bas âge ; lui-même, employé de commerce, aurait été hospitalisé en 1897 à l'hôpital Necker pour bronchite avec emphysème.

Vers le 20 novembre 1899, un de ses camarades aurait violemment posé son talon sur l'articulation phalango-métatarsienne de son gros orteil gauche. Quinze jours après apparaît une tuméfaction à la face dorsale de l'articulation : rougeur, œdème, douleurs lancinantes, le reste du pied n'est pas œdématié.

Le 9 décembre 1899, il entre à l'infirmerie, nous incisons un petit abcès de la face dorsale du gros orteil : il sort du sang mélangé de pus. Depuis cette époque, la lésion continue à évoluer ; au stylet on sent la tête du métatarsien dénudée et par l'orifice sort un bourgeon fongueux ; la peau est décollée ; violacée.

Le malade perd ses forces ; il maigrit, son appétit diminue, aucune autre lésion tuberculeuse du système osseux.

Au poumon, on entend en avant et à droite, quelques craquements : les autres viscères sont sains.

Le 20 janvier le docteur Remy lui fait un Pirogoff, procédé Pasquier-Lefort ; nous retirons l'appareil plâtré le 3 mars.

Mort subite le 18 avril 1900. — Opposition à l'autopsie.

L'examen des fongosités fait après l'opération nous a montré l'existence de follicules tuberculeux.

Obs. 2 (personnelle). — *Tuberculose vertébrale.*

M. Jean, 69 ans, plombier. Entré le 12 juillet 1899 à la Maison départementale de Nanterre (3^e section, atelier des plumes).

Le malade ne semble pas avoir d'antécédents de tuberculose dans sa famille.

Lui-même, né dans le Jura, mais installé à Paris depuis 1864, n'a jamais fait de maladies, et on ne relève pas de traces de scrofule.

Le 6 février 1899, apparaît au niveau des dernières lombaires un peu à droite de la ligne médiane une tuméfaction qui grossit rapidement et qui devient grosse comme le poing. M. Anger incise et lave à l'acide phénique, il ne fait ni cautérisation, ni grattage.

Depuis cette époque, le malade a gardé une fistule.

Le 20 mars 1900, le malade entre à l'infirmierie ; la pression sur la dernière vertèbre lombaire est un peu douloureuse ; il n'y a ni rougeur, ni gonflement, mais la fistule laisse écouler un peu de sérosité purulente, le malade est maigre sans être cachectique, l'appétit est conservé.

Rien au poumon. A la pointe du cœur on entend un souffle systolique.

L'examen de la fistule au stylet ne permet pas d'arriver sur l'os.

Nous ne faisons aucun traitement local.

L'état général s'améliore, la douleur lombaire disparaît presque complètement et l'écoulement fistuleux est très diminué au mois d'octobre.

Obs. 3 (personnelle). — *Tuberculose costale.*

B. Thérèse, 65 ans, repasseuse. Entrée à la Maison départementale de Nanterre, le 8 mars 1897.

Père mort d'accident, sa mère est morte à 59 ans de cause inconnue. Pas de trace de scrofule dans l'enfance ; on note simplement des convulsions dans les antécédents. La malade ne semble pas avoir fait d'excès alcoolique.

La santé avait toujours été bonne, lorsque vers le milieu du mois de février dernier, elle ressent dans le côté droit une douleur très vive, qui la gêne dans la marche et dans les mouvements inspiratoires.

Elle entre à l'infirmierie le 22 février. On constate une tumeur de la grosseur d'un petit œuf ; le 26 février, notre excellent collègue et ami Remoussenard incise l'abcès et résèque la 7^e côte gauche sur une étendue d'environ 3 centimètres.

Malgré l'étendue de la résection, une fistule persiste, et le grattage du trajet fistuleux fait un mois après la première intervention n'amène pas de résultat.

Les viscères sont sains, cependant on entend au sommet du poumon droit en avant une respiration rude, mais pas de craquements. Pas d'albumine dans les urines.

OBS. 4 (personnelle). — *Tuberculose des os du crâne.*

H. François, âgé de 66 ans, cordonnier. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 8 mars 1899 (2^e section, atelier des plumes).

Les facultés intellectuelles du malade sont affaiblies, cependant à force de questions nous arrivons à savoir qu'il est à Paris depuis l'âge de 19 ans ; qu'il a été marié 3 fois, et que ses trois femmes seraient mortes phthisiques, la dernière il y a quatre ans.

Il aurait eu quatre enfants qui sont bien portants ; il n'avoue aucune maladie. Cependant on relève dans le dos du côté gauche des traces de vésicatoire, mais il n'a pu nous dire à quelle époque il avait été posé.

Il entre à l'infirmerie le 21 mai 1900 pour un abcès de la région pariéto-frontale de la grosseur d'une noix. L'incision laisse sortir du pus grumeleux.

L'examen des fongosités après trituration nous laisse voir après de nombreuses préparations, deux bacilles qui nous semblent nettement être des bacilles de Koch. D'ailleurs, pour plus de sûreté, nous avons inoculé ces fongosités sous la peau de la cuisse d'un cobaye ; huit jours après il se forme un abcès qui s'ouvre spontanément. Les ganglions de la région inguinale sont volumineux, et la mort de l'animal le 5 août nous permet de voir le foie, la rate et les poumons parsemés de masses tuberculeuses et les ganglions inguinaux ramollis et caséux.

On décide l'opération pour le 10 juin : incision cruciale qui découvre l'os, nécrosé sur la largeur d'une pièce de deux francs. Le docteur Remy enlève l'angle antéro-supérieur du pariétal sur une largeur d'au moins une pièce de 5 francs ; la dure-mère apparaît tapissée de pus. Au centre de la plaie apparaît un petit pertuis par lequel s'écoule une gouttelette de pus. On ne pousse pas plus loin l'opération : pansement sec à la gaze stérilisée.

Deux jours après nous levons le pansement que nous trouvons rempli de pus ; une dépression où l'on pourrait loger une grosse noix s'est formée dans la substance cérébrale. Il n'y a toujours ni troubles moteurs, ni sensitifs ; pas d'aphasie.

Le 19 juin, étant de garde, nous sommes appelé d'urgence près du malade, il vient de perdre connaissance en prenant son vase dans la table de nuit et est tombé au bas de son lit ; nous trouvons le malade en résolution musculaire complète ; coma, respiration stertoreuse, nous pensons que ce n'est plus qu'une affaire de quelques heures.

Quatre heures après la connaissance revenait peu à peu et le soir même, le malade parlait aux infirmiers.

Depuis, les facultés intellectuelles sont de plus en plus affaiblies, le malade arrache son pansement presque quotidiennement, il gâte. Cependant la cavité se comble peu à peu.

Le 21 septembre il est repris à nouveau d'un ictus de peu de durée.

Actuellement (1^{er} octobre) la plaie est presque cicatrisée ; mais l'état général et surtout l'état cérébral laissent fort à désirer.

OBS. 5 (personnelle). — *Tuberculose du sternum et de la clavicule.*

V. Louis, âgé de 52 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 21 février 1900 (2^e section. Papeterie).

Son père s'est donné volontairement la mort ; sa mère est morte à 69 ans il ne sait de quelle maladie ; une sœur serait morte de méningite. Sa femme est morte phthisique à 39 ans, et il aurait perdu un enfant de méningite.

A son arrivée à la Maison, le malade s'aperçoit qu'il a au niveau de la poignée du sternum une petite tuméfaction ; celle-ci augmente peu à peu, et à son entrée à l'infirmerie le 15 avril, on trouve un abcès du volume d'un œuf de poule.

Nous incisons cet abcès, grattage, cautérisation au chlorure de zinc ; mais l'os est malade, on le sent dénudé au fond de la plaie, de plus l'articulation sterno-claviculaire gauche est douloureuse à la pression. On attend quelque temps pour faire une opération plus étendue, d'autant plus qu'on trouve de l'albumine dans les urines, et que l'état général n'est pas brillant, le malade s'étant livré à des excès alcooliques répétés quoique le travail d'imprimerie l'y incitât peu.

L'auscultation du poumon ne révèle qu'une respiration un peu rude au sommet droit.

On décide l'opération pour le 10 juin, mais le matin même le malade est pris d'une crise épileptiforme.

Huit jours après on résèque la poignée sternale et l'extrémité interne de la clavicule gauche sur une étendue de trois centimètres. La plaie se ferme lentement et n'est pas encore complètement comblée au mois d'octobre.

OBS. 6 (inédite). — Recueillie dans le service du D^r REMY. — *Tuberculose du cinquième métatarsien du pied droit.*

T. Jean, 61 ans, exerçant la profession de bijoutier. Père mort d'accident à 45 ans ; mère morte à 55 ans de causes inconnues ; une sœur bien portante âgée de 70 ans.

Rien à signaler dans les antécédents personnels.

Sans aucune cause, si ce n'est peut-être le froissement de la galoche, le malade ressent des douleurs dans le pied depuis 3 semaines ; depuis huit jours il y a gêne dans la marche.

Il n'y a ni toux ni expectoration, mais perte d'appétit ; depuis 3 jours il s'est ouvert, au niveau de la tête du cinquième métatarsien, une fistule qui donne issue à de la sérosité purulente ; avec le stylet on sent l'os nécrosé.

Quinze jours après son entrée à l'infirmerie de la Maison départementale de Nanterre, on fait sur la partie externe du pied droit une incision de 7 centimètres, partant à 4 centimètres de la malléole et s'arrêtant à 2 centimètres du petit orteil. Résection du métatarsien sur une longueur de 3 centimètres environ, léger grattage de la phalange qui avait subi un début de nécrose. Pas de suture, pansement iodoformé ; la plaie se ferme rapidement.

OBS. 7 (personnelle). — *Tuberculose de l'articulation scapulo-humérale.*

G. Barthélemy Désiré, âgé de 67 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 2 février 1900 (salle 20, 2^e section, papeterie). Passé à l'infirmerie le 5 avril 1900.

Sa mère est morte alcoolique ; un grand-père mort lui aussi d'alcoolisme ; son père est mort de vieillesse ; 4 frères et sœurs morts en bas âge ; une sœur morte à 29 ans de cause inconnue ; enfin un frère mort alcoolique. Tels sont les antécédents héréditaires de notre malade.

Né à Bordeaux, mais ayant toujours vécu à Paris, cet homme se souvient d'avoir eu la fièvre typhoïde à 14 ans ; il n'a jamais eu de manifestations strumeuses d'aucune sorte, ni gourmes, ni ganglions.

En 1855, il est atteint d'une maladie qu'il ne peut spécifier ; on lui place 85 sangsues ; on lui fait deux saignées, et on lui met des vésicatoires sur le flanc gauche.

Le malade avoue avoir toujours fait de grands excès alcooliques : en moyenne deux litres de vin par jour et deux ou trois apéritifs, sans compter les petits verres d'eau-de-vie ; il allait même jusqu'à boire six ou sept absinthes par jour.

Son métier de corroyeur est fatigant mais n'offre pas de conditions spéciales.

En 1880 il a de la gêne pour respirer, il est pris d'œdème qui se généralise après avoir débuté par la face ; on lui donne de la digitale, on le met au régime lacté ; en deux mois tous les symptômes disparaissent.

Il y a deux mois le malade fait un brusque effort pour retenir une malle ; dès le lendemain il constate de l'œdème de la main gauche puis des douleurs dans l'épaule du même côté, cependant il continue son travail pendant quinze jours encore.

Depuis trois mois la douleur a persisté, l'œdème aussi mais en variant d'intensité ; ne pouvant plus travailler il entre à la Maison.

A son entrée à l'infirmerie on constate un degré d'émaciation très accentué, l'appétit est nul ; il y a de la fièvre, le soir (38° à 38° 5). Pas de toux ni d'expectoration, c'est un artério-scléreux, le cœur est arythmique mais on ne perçoit pas de bruit de souffle. A l'auscultation du poumon, on entend quelques petits frottements à la base droite.

Le foie est petit, la région hépatique est douloureuse, la rate est normale.

Localement, l'épaule gauche est grosse, globuleuse, la peau est lisse, rosée, on perçoit de la fluctuation en avant. Le bras est paré-sié, les ganglions de l'aisselle de ce côté sont hypertrophiés.

Ponction exploratrice. — Un ensemencement fait le 20 avril sur bouillon et sur gélose ne nous donne aucun résultat.

Une inoculation d'un centimètre cube de pus est faite dans le péritoine d'un cobaye ; celui-ci ne fait pas de réaction immédiate, il meurt seulement le 10 juillet, et l'on trouve à l'autopsie un péritoine intact mais des foyers tuberculeux nombreux dans le foie, quelques-uns dans les poumons.

Le malade étant très cachectisé, le docteur Remy ne se décide à l'opérer que le 9 mai alors que l'état général semble un peu plus satisfaisant.

L'incision laisse écouler un grand verre de pus ; les cartilages articulaires sont à peu près respectés, sauf en un point correspondant à peu près au centre de la calotte cartilagineuse de la tête humérale, par contre la synoviale est absolument fongueuse et les muscles, eux aussi, sont infiltrés de fongosités.

On résèque la tête humérale en amputant au niveau du col chirurgical ; la cavité glénoïde est curetée, toutes les fongosités sont réséquées dans la mesure du possible. Fixation de l'humérus à l'omoplate par un fil de fer ; attouchements au chlorure de zinc.

L'examen de l'os enlevé nous fait voir une perforation au niveau du point indiqué précédemment ; la moelle a un aspect graisseux, jaunâtre, exsangue. L'examen des fongosités au microscope révèle des cellules géantes bien nettes.

A la suite de l'opération l'état général s'améliore, la fièvre tombe et malgré notre avis le malade nous quitte le 6 juillet, porteur d'une fistule à la partie antérieure de l'épaule.

Le 2 octobre, le malade rentre à l'infirmerie porteur de deux fistules, une à la face antérieure de l'épaule, l'autre à la face postérieure, ce qui n'a rien de surprenant vu l'état de la moelle osseuse le jour de l'opération.

OBS. 8 (personnelle). — *Tuberculose vertébrale.*

B. Pierre, âgé de 64 ans, exerçant la profession d'ébéniste. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 12 février 1900. (1^{re} section, atelier des poils).

Son père est mort à 73 ans ; sa mère serait morte alcoolique à 28 ans ; lui-même avoue avoir fait des excès alcooliques de toutes sortes.

Dans son enfance on ne retrouve pas de traces de scrofules ; on note comme seule maladie, une fièvre typhoïde à 18 ans.

Depuis le mois de janvier le malade s'aperçoit d'une gêne dans les mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale, il y a amaigrissement, perte d'appétit ; il se plaint de malaise général, sans désigner de point douloureux localisé.

On découvre le 13 février dans la région dorsale un abcès du volume d'un œuf de dinde, situé au côté gauche de la cinquième vertèbre dorsale.

Rien aux poumons ; à l'auscultation du cœur, arythmie, double souffle à la pointe. Foie petit, rien au testicule. Nous ponctionnons l'abcès et injectons de l'éther iodoformé ; nous répétons cette ponction et cette injection tous les six jours environ ; malheureusement au bout d'un mois le malade nous quitte et nous n'avons pu avoir de ses nouvelles depuis.

OBS. 9 (personnelle). — *Tumeur blanche du poignet.*

R. Joseph, 56 ans, imprimeur. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 28 août 1899 (2^e section, atelier de la papeterie).

Le malade ne sait dire de quoi sont morts ses parents ; un frère est mort phthisique.

Personnellement le malade a eu la fièvre typhoïde à 10 ans ; pas de traces de scrofule. Né à Paris et y ayant toujours vécu ; il a fait de nombreux excès alcooliques ; il boit en moyenne quatre litres de vin par jour et de l'eau-de-vie le matin à jeun.

Il y a 3 ans, il se fait soigner à la Pitié pour une pleurésie que l'on ponctionne deux fois.

Depuis six mois le malade tousse et maigrit ; il est depuis cette époque en proie à une diarrhée qui ne peut être arrêtée.

Vers le 15 février, le malade déjà très faible fait une chute sur la main ; dès le lendemain il constate une légère enflure du poignet qui n'a fait que croître depuis.

Actuellement, août 1900, le malade a un aspect squelettique.

On découvre au poumon une volumineuse excavation au sommet gauche, du ramollissement des deux côtés. Le cœur n'a rien. Les testicules sont normaux.

Le poignet gauche est tuméfié à la face dorsale et palmaire, présentant un aspect globuleux. On réveille une douleur vive en pressant sur la tête des métacarpiens.

Le malade est inopérable.

Obs. 10 (personnelle).— *Tumeur blanche du genou.*

L. Joseph, 53 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre, le 15 février 1899 (2^e section, atelier des poils).

Son père serait mort de hernie étranglée à 69 ans ; sa mère est morte à 77 ans ; un frère est mort phthisique ; deux sœurs sont en bonne santé. Né à Ivry. Notre malade n'a pas présenté dans la jeunesse de traces de scrofule.

A 18 ans, il est soigné pendant deux mois à la Pitié pour une pneumonie.

En 1879, il est brûlé assez grièvement à la fesse droite ; travaillant à Paris comme aide-chaudronnier il buvait en moyenne deux litres de vin par jour. En octobre 1898, apparaît une hernie inguinale droite. Le docteur Remy l'opère en mars 1899 et les suites opératoires sont bonnes ; mais un mois après l'opération, le malade ressent des douleurs dans le genou. On songe à du rhumatisme et on fait un traitement dans ce sens. Mais le genou continuant à gonfler, il faut se résoudre à l'évidence, on a affaire à une affection tuberculeuse typique du genou ; l'état général est mauvais ; on note des lésions tuberculeuses au sommet gauche. La toux ayant débuté vers la même époque que l'affection articulaire, il faut renoncer à une opération ; on se contente d'une

immobilisation dans un appareil plâtré, sans grand résultat d'ailleurs, car l'état local ne s'est pas amendé et l'état général est déplorable.

Obs. 11 (personnelle). — *Tuberculose costale.*

E. J., 65 ans, journalier, entré et sorti de la Maison départementale de Nanterre à plusieurs reprises depuis 1890 (2^e section, atelier des chaussons).

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille; lui-même, comme maladie, n'a eu que des fièvres au Mexique.

Né à Dunkerque et ayant travaillé dans les filatures du Nord, il nie tout excès alcoolique.

Il y a 4 ans apparaît à la région inférieure du sternum un abcès que nos collègues Bouvet et Petit curettent en juillet 1898. 4 mois après survient un nouvel abcès à la région costale droite.

Actuellement on constate de nombreux orifices fistuleux. Un orifice fistuleux au niveau de l'angle de l'omoplate droite, deux orifices au niveau de la douzième côte; deux orifices à la dixième; deux orifices à la huitième et enfin un orifice au niveau de l'union du cartilage de la sixième côte avec le sternum. Enfin on découvre la cicatrice d'un abcès ganglionnaire de l'aisselle du côté droit. Toutes ces fistules donnent lieu à un léger suintement.

L'état général est bon.

Obs. 12 (inédite). Recueillie dans le service du D^r REMY. — *Ostéite tuberculeuse du cubitus gauche.*

F. Gaspard, 60 ans, cocher, entré à la Maison départementale de Nanterre, le 17 janvier 1894.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade est atteint de bronchite depuis 20 ans.

En novembre 1892, il est atteint d'arthrite du pied; le docteur Anger fait une incision sur le dos du pied.

En avril 1893, on fait trois incisions sur ce même pied et on pratique le curetage des plaies.

En octobre 1893, on est obligé de recourir au Pirogoff.

A son entrée à l'infirmerie le 26 avril 1894, on voit qu'il existe à la face externe du coude une saillie du volume d'un œuf avec rougeur de la peau. Au milieu de la tumeur s'ouvre une fistule qui coule depuis décembre 1893, fistule de 8 centimètres de profondeur se dirigeant obliquement vers l'humérus. Le cubitus est augmenté de volume, mais l'articulation fonctionne.

Le 1^{er} juin 1894, premier grattage.

Le 26 novembre 1894, deuxième grattage.

Le 8 décembre, mort par tuberculose pulmonaire. On ne peut faire l'autopsie.

Obs. 13 (personnelle). — *Tuberculose costale.*

A. Edouard, âgé de 57 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre le 15 juillet 1900 (2^e section, atelier des chaussons).

Le malade est originaire d'Alsace et nie tout excès alcoolique.

Aucun antécédent de scrofule. Aucun antécédent dans la famille.

Le malade est resté soldat jusqu'en 1875 et n'accuse aucune maladie.

Vers le 30 décembre 1899, il découvre au niveau de la septième côte droite une petite tumeur de la grosseur d'une olive ; un médecin lui fait mettre une mouche.

Le 23 mars il entre à la Pitié, où on lui fait une incision suivie de grattage ; depuis cette époque une fistule persiste.

Il entre à l'infirmerie le 19 août 1900, toujours porteur d'une fistule.

L'examen du poumon ne révèle rien d'anormal ; souffle au premier temps à la pointe du cœur. D'ailleurs à la suite de fatigues ou de la station debout prolongée, les jambes enflent le soir.

Le foie est normal à la percussion.

L'examen local fait voir un pertuis à bords décollés et violacés au niveau de la 7^e côte droite ; le stylet arrive sur un os dénudé et nécrosé.

Six jours après son entrée à l'infirmerie le malade tombe subi-

tement dans le coma (les facultés intellectuelles paraissaient déjà très affaiblies au moment de notre premier examen).

Pas de paralysie ni de contractures ; deux jours après le malade meurt sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie, la 7^e côte présente à son tiers moyen une ulcération qui mène dans la cavité médullaire. La côte ne semble pas macroscopiquement malade au delà d'une région s'étendant à environ un centimètre et demi de chaque côté du pertuis osseux. L'examen du poumon révèle quelques tubercules crétacés. Dans le cerveau on trouve un vaste foyer de ramollissement du lobe gauche.

De la lecture de ces observations, quelle idée pouvons-nous dégager ?

Nous avons déjà donné notre opinion au point de vue étiologique ; mais quant à la nature même de la maladie, il nous paraît impossible de considérer la tuberculose osseuse comme une affection locale. Tout au plus peut-on considérer la maladie comme localisée pendant un laps de temps plus ou moins long ; et c'est très justement à notre avis qu'Ollier dit : « Il y a des tuberculoses locales ou qui paraissent telles pendant longtemps. »

D'ailleurs les observations où l'on retrouve plusieurs manifestations osseuses isolées sont nombreuses ; et plus nombreux encore sont les cas, où l'on voit, soit après une intervention, soit spontanément, apparaître à des distances plus ou moins considérables, des manifestations viscérales.

« La tuberculose ne reste à proprement parler locale que pendant un laps de temps très court, le bacille inoculé, pullule et se laisse absorber et entraîner dans la circulation où il habite, déterminant un véritable parasitisme microbique latent. » — Telles sont les expressions de Jean-

nel, et nous souscrivons très volontiers à cette opinion, d'autant plus volontiers que nous pouvons nous appuyer sur l'autorité de Babès qui rencontre la tuberculose latente chez les enfants dans 70 0/0 des cas, et que les expériences de Josué sont là pour nous montrer que la tuberculose imprime à l'économie un cachet spécial.

Les autopsies de sujets porteurs de tuberculose localisée, montrent le plus fréquemment des lésions viscérales, quand bien même celles-ci n'avaient donné lieu à aucun symptôme pendant la vie du malade.

Les réveils de la maladie ne sont pas rares même après de longues périodes d'accalmie. Et nous sommes persuadé que si l'on pouvait suivre plus longtemps les malades, on verrait que le plus souvent, quoique parfois après des périodes assez longues, le bacille reprend son évolution, soit sur place, soit dans un autre point de l'économie.

Audry, cité par Gangolphe, relève sur 185 sujets atteints de tuberculose du pied, 75 généralisations aux viscères.

Les expériences de Courmont et Dor leur font conclure que la tuberculose osseuse est due à un bacille à virulence plutôt atténuée.

Arloing par ses expériences sur la scrofule est du même avis, et Gangolphe conclut en disant que les lésions scrofuleuses résultent des bacilles les moins virulents.

La marche de la maladie semble en effet leur donner raison, car l'évolution nous a paru toujours très lente et sur ce point nous différons d'avis avec Vigerie. Nous avons vu des cas à marche rapide, mais ils nous semblent la petite minorité; l'examen des observations en est d'ailleurs le plus sûr garant.

Obs. 14 (Inédite) — Recueillie dans le service du docteur REMY. —
Tuberculose de l'extrémité interne de la clavicule gauche et de l'annulaire gauche.

R. Philippe, 37 ans, maréchal-ferrant. Entré à la Maison départementale de Nanterre le 18 juin 1891.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Le début de l'affection remonte à 4 ans : à cette époque se forma un abcès de la grosseur du poing au niveau de l'extrémité interne de la clavicule gauche.

Au bout de deux mois, l'abcès est ouvert par le docteur Routier qui pratique le grattage de la poche ; une fistule a persisté jusqu'à maintenant.

Un deuxième grattage avait été pratiqué un an après l'ouverture de l'abcès mais sans résultat.

6 octobre 1893. — Le docteur Remy agrandit le trajet de la fistule et curette ; il incise au niveau de l'extrémité interne de la clavicule, et avec la gouge et le maillet il en résèque une large étendue.

Il y a trois ans, le malade avait remarqué une petite tumeur qui siégeait au niveau de la dernière articulation de l'annulaire gauche.

Au bout d'un mois, ouverture de cette tumeur par le docteur Remy qui fait le curettage de cette articulation.

La fistule ne s'était jamais refermée, les bords de la plaie bourgeonnaient et l'articulation avait considérablement gonflé.

De plus, il y a trois mois avait commencé au niveau de la 1^{re} phalange du même doigt une ulcération ovale n'intéressant que la peau, et de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

Le docteur Remy fait l'amputation du doigt le 6 octobre 1893.

10 octobre. — On cautérise les plaies au chlorure de zinc au 1/10.

29 octobre. — Cicatrisation presque complète et guérison le 15 novembre.

OBS. 15 (VIGERIE, obs. V. Résumée). — *Tumeur blanche du genou droit.*

J. Claude, 70 ans, marchand de chiffons. Depuis 10 ans, le malade se plaint de douleurs dans la jambe ; depuis 7 ou 8 mois il a été obligé d'arrêter son travail, le genou ayant beaucoup enflé.

Actuellement (novembre 1892) la jambe est en légère flexion, le cul-de-sac supérieur est énormément gonflé et fluctuant.

14 novembre. — Amputation de la cuisse, l'articulation est remplie de pus ; la rotule détruite au niveau de son bec.

Lésion tuberculeuse énorme du tibia.

19 novembre. — Mort de tuberculose pulmonaire.

OBS. 16 (HARAN, obs. I. Résumée). — *Tumeur blanche du genou.*

B. Adolphe, 53 ans, fort aux Halles. Entré à l'Hôtel-Dieu, le 4^{er} février, 1890.

Pas d'antécédents héréditaires.

A 16 ans le malade reçoit un traumatisme sur le genou : en se jetant à l'eau, son genou heurte une pierre. A la suite de cet accident l'articulation reste volumineuse.

Un an après, Jobert de Lamballe ouvre un abcès et enlève des séquestres de la partie interne du genou, depuis la santé est redevenue bonne et le malade a pu être reçu fort à la Halle.

Vingt ans après en 1877, il reçoit une charge sur le même genou ; nouveaux accidents. Polaillon incise un abcès qui guérit en quinze jours. En 1882, il se forme un trajet fistuleux à la face interne de l'articulation : guérison par cautérisation ignée.

15 janvier 1890. — Nouveau choc, peu violent ; gonflement, douleur.

Actuellement le genou est tuméfié, on y décèle de la fluctuation, l'auscultation révèle des sommets suspects.

La pression réveille un point douloureux au niveau de l'extrémité supérieure du tibia. On fait de la compression ouatée qui n'est pas supportée.

12 février. — Arthrectomie, grattage des fongosités, des cartilages

articulaires, lavage à l'eau phéniquée, attouchement au chlorure de zinc, drainage.

14 mars. — Guérison sans ankylose absolue, état général meilleur.

L'examen histologique a prouvé la nature tuberculeuse des lésions.

OBS. 17 (BOURDELAIS, obs. VII. Résumée). — *Tumeur blanche du pied.*

Marie L., 74 ans, femme de ménage, entrée aux Incurables, le 11 mars 1875.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Une fille morte phthisique à 27 ans. Misère morale et physique.

Il y a deux ans et demi sans cause apparente, la malade ressent des douleurs vives à la partie postérieure du talon droit ; un an après apparaissent de la rougeur et du gonflement ; la malade ne peut plus marcher, puis sous le bord externe du tendon d'Achille se forme une collection qui s'ouvre spontanément, on fait une contre-ouverture, le tout se cicatrise en 5 mois.

Mais les douleurs reparaissent bientôt ; au mois de mai, un trajet fistuleux s'établit au niveau de l'articulation astragalo-calcaneenne.

20 mai. — Pas de cachexie ; fistule en avant de la malléole interne.

Traitement général : cataplasmes.

6 juin. — État stationnaire.

OBS. 18 (BOURDELAIS, Thèse de Paris, 1876, obs. X. Résumée). — *Tumeur blanche du coude.*

Marguerite A., 85 ans, brodeuse, entrée le 10 mai 1876 à l'infirmerie de la Salpêtrière.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Traumatismes répétés sur le coude.

Depuis deux ans le coude est douloureux ; les mouvements sont pénibles surtout dans l'extension.

En 1873, le diagnostic est hésitant : on fait de la compression ouatée.

10 mai. — Ouverture spontanée d'une poche apparue en janvier de la même année au niveau de l'épitrachée. L'examen au stylet fait sentir l'os dénudé. Les viscères sont sains.

OBS. 19 (LACONCHE, obs. XI. Résumée). — *Tuberculose des os de la main.*

Femme, 72 ans, née à Santiago de Cuba. Elle arrive à Bordeaux à l'âge de 11 ans et y vit misérablement.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Le début des accidents remonte à 3 ans.

C'est d'abord le médius gauche qui est atteint, puis le pouce droit et ensuite le pouce gauche.

Actuellement, 26 août, tous les doigts de la main gauche sauf l'index, sont le siège d'une tuméfaction à consistance molle. Au pouce on voit un trajet fistuleux au côté interne de la 2^e phalange ; l'exploration au stylet arrive sur l'os nécrosé. De chaque côté de la 2^e phalange du médius on trouve aussi une fistule. A la main droite le pouce seul est atteint ; il existe trois trajets fistuleux, deux de chaque côté de la 2^e phalange, le troisième en dedans de la 1^{re} phalange. Ces fistules donnent issue à un écoulement séropurulent.

Observation arrêtée le 7 décembre ; l'état paraît un peu amélioré, on s'était contenté du traitement tonique et de pansements.

OBS. 20 (COLLON, Thèse de Berne in REBOUL. Résumée). — *Ostéite fongueuse de la tubérosité du cinquième métatarsien.*

W. D., 52 ans.

Un fils mort phtisique.

Depuis 1874, le malade a remarqué une enflure du bord externe du pied, enflure à évolution progressive et lente.

La marche reste possible jusqu'en mai 1883.

En juin on incise ; il ne s'écoule pas de pus.

On fait le diagnostic d'ostéite fongueuse de la tubérosité du cinquième métatarsien.

19 juillet 1885. — Excision du cinquième métatarsien. Irrigation au bismuth.

25 août. — Guérison lente avec suppuration ; le malade quitte l'hôpital à peu près guéri, ▲

OBS. 21 (COLLON in REBOUL. Résumée). — *Tumeur
blanche tibio-tarsienne.*

S. J., 59 ans.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

En janvier 1880, le malade ressent dans la malléole externe des douleurs qui disparaissent bientôt complètement.

En janvier 1881, distorsion du pied ; à la suite survient de l'enflure du dos du pied ; la marche est cependant encore possible pendant l'automne 1881 ; mais après une fatigue accompagnée de refroidissement la tuméfaction et la douleur augmentent.

L'état reste stationnaire jusqu'en janvier 1883.

L'enflure progresse à nouveau à cette époque jusqu'au mois de juin, époque à laquelle le malade entre à l'hôpital.

1^{er} juin 1883. — Poumons sains. Excision de l'astragale ; résection de deux malléoles.

12 juillet. Guérison absolue.

OBS. 22 (COLLON in REBOUL. Résumée). — *Tumeur
blanche du coude.*

R. P., 56 ans. Le malade est marié à une femme phthisique.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

En avril 1877 il fait une chute sur la main gauche : distorsion de la main.

Au bout de trois mois il se forme un abcès qui guérit, mais en laissant de l'ankylose du poignet ; six mois plus tard, tuméfaction douloureuse du coude gauche.

Trois mois plus tard, abcès du coude, ouverture spontanée ; une fistule se forme, qui guérit en deux ans.

En janvier 1882, l'enflure du coude reparait à nouveau ; à cette époque les poumons sont sains.

21 avril. — Résection du coude.

25 mai 1882. — Le malade sort avec une fistule persistante, les mouvements de l'articulation sont nuls.

OBS. 23 (REBOUL, obs. CCLIX. Résumée). — *Tuberculose de la septième côte et de la partie inférieure du sternum.*

L. Pierre, 52 ans, sans profession.

Depuis un an et demi le malade ressent des douleurs à la partie moyenne de la septième côte.

Depuis neuf mois une fistule s'est formée succédant à l'ouverture d'un petit abcès.

Le sommet du poumon droit est induré.

24 septembre. — Résection de six centimètres de côte ; la fistule se continue en haut vers la partie inférieure du sternum : on curette et on cautérise au naphtol camphré.

9 janvier. — Guérison complète.

OBS. 24 (REBOUL, *Société anatomique*, 1888. Résumée). — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou gauche.*

C. Antoine, 60 ans, charbonnier.

Père et mère morts probablement de tuberculose.

Depuis 10 ans, le malade est sujet à des bronchites continuelles, en hiver surtout.

Vers 1884, il ressent une douleur dans le genou, douleur s'accompagnant de tuméfaction et rendant la marche difficile.

En 1886, arthrectomie ; légère amélioration.

Avril 1888, les douleurs augmentent, il se fait une subluxation du tibia en arrière et en dehors.

En octobre, apparition de trois fistules : une à la partie supérieure et externe de la rotule, une autre sur le bord externe du tendon rotulien, une troisième enfin à la partie supéro-interne du creux poplité.

Lésions tuberculeuses du poumon droit.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne.

Les surfaces articulaires étaient dépourvues de cartilages, les cartilages semi-lunaires avaient disparu, la moelle est rougeâtre et puriforme.

CHAPITRE III

Pronostic.

L'examen des observations ci-dessus citées nous porte donc à conclure : évolution lente, marche torpide, bacille à virulence atténuée tout au moins localement, et peut-être simplement par le terrain sur lequel il se développe : vieillards scléreux, et l'on sait l'antagonisme qui semble s'élever entre sclérose et tuberculose.

Mais il faut se souvenir lorsqu'on doit porter un pronostic qu'il faut toujours être réservé ; la tuberculose osseuse chez les vieillards est toujours grave, tant par l'impotence très fâcheuse à laquelle elle peut condamner le patient que par les mutilations auxquelles elle peut amener, et aussi et surtout par la menace perpétuelle sinon de la généralisation aiguë de l'infection, du moins de l'apparition toujours possible d'autres foyers osseux ou viscéraux.

Le pronostic ne dépend pas seulement de la coexistence d'autres lésions tuberculeuses ; il dépend aussi du siège de la lésion, de l'état social du malade et des soins qu'il pourra prendre de sa santé.

Et ceci nous amène à rechercher quelles sont chez le vieillard les localisations les plus fréquentes.

CHAPITRE IV

Siège des lésions.

Nous ne croyons pas que cette recherche ait été faite avant nous, sauf peut-être par Vigerie.

Celui-ci indique le genou comme point de prédilection de la tuberculose aussi bien chez les jeunes que chez les vieux. Il note la rareté de la coxalgie, de la tuberculose vertébrale et de celle de l'épaule, et indique la tuberculose du coude comme assez fréquente.

Bourdelaïs avait rapporté la fréquence de la lésion au pied et à la colonne vertébrale.

Les autres auteurs s'occupent bien de la fréquence de la tuberculose osseuse mais sans spécifier l'âge. Nélaton indique l'ordre suivant : vertèbres, tibia, fémur, humérus, phalanges, métatarsiens, métacarpiens, sternum, côtes, os iliaques, apophyse pétrée du temporal, os courts du tarse et du carpe.

Thiéry relevant sur 2.206 malades observés, 258 cas de tuberculose chirurgicale, trouve 104 tuberculoses osseuses (1) qu'on peut placer dans l'ordre suivant : mal de Pott, et coxalgie, tuberculose des côtes et du sternum, du pied, du genou, du rocher, du coude, de l'épaule, de la main, des doigts.

(1) Ces chiffres donnent une proportion très légèrement plus élevée que celle fournie par notre statistique.

Nous citerons enfin les statistiques de Polaillon malgré les causes d'erreur indiquées au début de ce travail ; elles sont établies par âge pour les arthrites du genou, de la hanche et du cou-de-pied.

Arthrites fongueuses ou suppurées tibio-tarsiennes.

15 à 20 ans.	6 cas
21 à 30 »	6 »
31 à 40 »	4 »
41 à 50 »	10 »
51 à 60 »	1 »
61 et au-dessus.	5 »

Tumeurs blanches du genou.

16 à 20 ans.	15,79 0/0
21 à 30 »	33,68 »
31 à 40 »	24,21 »
41 à 50 »	14,74 »
51 à 60 »	7,37 »
61 et au-dessus	4,21 »

Coxalgies.

16 à 20 ans.	34 cas
21 à 30 »	19 »
31 à 40 »	17 »
41 à 50 »	9 »
51 à 60 »	3 »
61 et au-dessus	0 »

STATISTIQUE PERSONNELLE

Malades de Nanterre (chirurgie-hommes)
(août 1893-octobre 1900).

AGE	Crâne et face.	Colonne vertébrale	Côtes.	Sternum.	Os iliaque.	Pubis.	Sacrum.	Coxo-fémorale.	Genou.	Os de la jambe.	Tibio-tarsienne et pied.	Clavicule.	Epaule.	Coude.	Os avant-bras.	Poignet.	Main.	Total.
10 à 20 ans	0	2	0	0	0	0	0	3	2	1	2	0	0	2	0	0	0	12
21 à 30 »	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	2	1	11
31 à 40 »	1	0	7	2	0	0	1	2	2	1	2	0	0	2	1	1	0	22
41 à 50 »	0	2	5	2	0	2	1	2	3	1	5	0	1	4	1	1	3	33
51 à 60 »	1	2	6	3	2	0	1	0	9	5	10	1	1	3	2	4	4	54
61 à 70 »	2	2	11	7	3	0	0	1	2	1	5	0	1	0	1	4	0	40
71 à 80 »	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	6
Total général....	4	10	31	15	5	2	3	9	18	9	30	1	3	12	5	13	8	178
Total de 50 à 80.	3	4	19	10	5	0	1	1	11	6	17	1	2	4	3	9	4	100

OBSERVATIONS

recueillies dans les auteurs et observations personnelles.

AGE	Colonne vertébrale	Côtes.	Sternum.	Sacro-coxalgie.	Coxo-fémorale.	Genou.	Os de la jambe.	Pied.	Clavicule.	Epaule.	Omoplate.	Coude.	Os avant-bras.	Poignet.	Main.	Total.
50 à 60 ans.	2	7	4	3	5	9	1	14	1	3	1	3	2	3	5	63
61 à 70 »	3	5	2	1	1	6	0	6	0	0	3	0	1	2	2	32
71 à 80 »	3	1	0	0	0	1	0	3	0	1	0	1	0	2	1	13
81 à 90 »	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Total.....	8	13	7	4	6	16	1	23	1	4	4	5	3	7	8	110

La lecture des deux tableaux ci-joints, l'un établi d'après nos observations personnelles, l'autre d'après les observations recueillies dans les auteurs, nous conduisent aux mêmes conclusions (1).

(1) Statistique de M. Kirmisson pour les enfants. *Bulletin médical*, 1899,

Chez les vieillards, le pied semble être le lieu de prédilection de la tuberculose ; après viennent les côtes, le genou, le sternum, le poignet, la main, et enfin la colonne vertébrale.

Il est difficile d'établir le pronostic pour chaque localisation, la gravité de la maladie étant sujette à trop de variations indépendantes de la région malade ; cependant la coxalgie, le mal de Pott, nous ont paru toujours très graves quoique Marsh cite un cas de mal vertébral guéri.

La tuberculose des membres inférieurs doit toujours être considérée comme plus grave que celle des membres supérieurs, car elle immobilise le sujet, et au moins pour nos malades, les condamne à un séjour prolongé dans des salles dont l'atmosphère est loin d'être pure.

Le pronostic dépend encore d'une autre cause : de la période de la maladie à laquelle a commencé le traitement.

Souvent le diagnostic n'est pas fait au début ; d'autres fois, l'allure lente de la maladie et sa marche torpide, n'incitent pas le malade à voir le médecin, et, lorsque celui-ci est consulté, il se trouve en face de lésions extrêmement avancées ; et nous devons avouer que lorsque nos malades entrent à l'infirmerie, ils sont toujours porteurs de lésions très étendues.

p. 1082.

Coxalgie.	49
Arthrites du genou	26
Arthrites du pied.	14
Mal de Pott.	33
Scapulalgie.	7
Tuberculose du coude	8
Tuberculose du poignet.	4
Tuberculose des métacarpiens	4

CHAPITRE V

Diagnostic.

Au début de la maladie le diagnostic est bien rarement fait ; avant que le gonflement soit considérable, on songe à du rhumatisme et l'on perd un temps précieux à faire une thérapeutique impuissante.

Le plus souvent l'erreur vient de ce qu'on ne songe pas à la tuberculose, ou plutôt de ce que, partant de cette idée fausse que la tuberculose osseuse est rare chez le vieillard, on n'y veut point songer tout d'abord, et l'on diagnostique une affection bien moins fréquente en réalité.

L'observation de Quénu est un bel exemple d'une semblable erreur.

OBS. 25 (QUÉNU, *Progrès médical*, 78. Résumée). —
Tuberculose vertébrale.

P. M., 72 ans, blanchisseuse.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Début il y a 7 mois par des douleurs dans le dos, puis survient une déviation de la colonne vertébrale : la faiblesse des jambes s'accroît depuis 4 mois. A cette époque, apparition de douleurs et d'élancements dans les jambes.

Actuellement, 1^{er} mai, paraplégie complète, anesthésie presque complète, réflexes exagérés, vessie et rectum paralysés.

Desnos avait d'abord diagnostiqué une carie vertébrale scrofuluse ; mais plus tard la persistance des douleurs dans les mem-

bres paralysés, la courbure à grand rayon de la colonne, l'âge, l'amaigrissement rapide, le teint nous avaient fait penser à un cancer du rachis.

Autopsie. Le corps vertébral de la quatrième dorsale est en grande partie détruit ; plus de ligament vertébral postérieur ; la dure-mère est recouverte d'une plaque jaunâtre caséuse.

Pas de tubercules dans le poumon.

Quand l'affection est plus avancée, qu'il y a tuméfaction énorme ou abcès, ou fistule, le diagnostic devient des plus simples. La forme de l'articulation, l'exploration de la fistule au stylet, l'aspect des bords de la fistule donnent vite la clef du diagnostic ; si l'on hésitait, l'examen du pus fait directement ne donnerait pas de résultat, mais son inoculation amène la tuberculisation du cobaye. Et si l'on veut être renseigné plus rapidement, des coupes faites dans les fongosités montrent des follicules tuberculeux avec des cellules géantes. Chaque fois que nous avons employé ces moyens de diagnostic, ils nous ont toujours donné des résultats nets et concordants.

D'ailleurs, avec quelles affections pourrait-on confondre la tuberculose osseuse articulaire ? L'ostéomyélite ne se développe pas chez le vieillard, et si elle est passée à la chronicité on a toujours un début éloigné avec manifestations générales graves ; et cela, quelle que soit la nature de l'ostéomyélite, à staphylocoques ou à streptocoques.

L'ostéomyélite larvée donne des hyperostoses que ne produit pas la tuberculose.

L'ostéo-sarcome auquel on doit toujours songer aussi, a une marche beaucoup plus rapide, il est souvent animé de battements et donne parfois à la palpation une crépitation parcheminée qui lui est propre.

L'ostéo-syphilis tertiaire, outre les antécédents de syphilis primaire et secondaire que l'on peut déceler, s'améliore par le traitement, et elle n'amène pas aussi facilement de la suppuration et de la nécrose.

Les infections osseuses à pneumocoques ou à bacille d'Eberth succèdent à une infection générale par ces bacilles, infection qui n'a pu passer inaperçue. On ne confondra pas non plus un cal avec une lésion tuberculeuse.

Si l'on a affaire à un kyste hydatique, la ponction lèvera les doutes.

L'actinomycose pourrait être très facilement confondue, mais la localisation à la mâchoire devra éveiller l'attention, et l'examen du pus empêchera l'erreur si l'on y trouve des grains jaunes.

Le rhumatisme déformant pourrait se confondre avec un début de tuberculose, et l'erreur est fréquente ; mais l'examen du malade, les multiples manifestations de la lésion, les déformations caractéristiques seront un bon guide.

On ne la confondra pas avec un rhumatisme articulaire aigu, celui-ci a pour lui l'aspect de la peau et des tissus et ses symptômes généraux.

Autrement difficile sera le diagnostic avec un rhumatisme subaigu ou chronique, et l'on devra en ce cas rechercher avec soin le point douloureux osseux qui sera d'une aide puissante pour affirmer la tuberculose.

Les ostéomes, chondromes et épithéliomes des os ou des articulations sont des affections beaucoup plus rares et auxquelles il faudra songer en dernier lieu.

Mais toutes les lésions des os considérées actuellement

comme des ostéites tuberculeuses, sont-elles bien causées par le bacille de Koch ?

Certains auteurs le nient ; la tendance générale est de supprimer les appellations de carie et de nécrose si en vogue autrefois, et de tout rattacher à la tuberculose.

Notre expérience personnelle est insuffisante pour juger ce différend, mais chaque fois que nous avons inoculé des cobayes avec le produit des lésions dites tuberculeuses, nous avons vu ceux-ci succomber en six semaines ou deux mois avec des lésions tuberculeuses.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT

Une fois le diagnostic établi et, malheureusement dans la clientèle hospitalière tout au moins, il est vite établi, l'étendue des lésions ne permettant guère le doute, quelle conduite doit-on tenir? On peut dire que toutes les méthodes ont été essayées, les interventions les plus variées, les antiseptiques les plus nombreux et tout cela sans résultat bien brillant.

Si d'ailleurs nous nous reportions à ce que nous avons dit sur la non-localisation de l'infection, nous serions tenté d'en appeler à l'abstention. La maladie étant générale, à quoi bon, en effet, extirper un organe ou essayer de détruire le bacille en un point déterminé alors qu'il existe ailleurs.

Mais il faut se souvenir que si le bacille existe ailleurs, il y est à l'état latent et ne provoque pas de troubles appréciables, tandis qu'au niveau de la lésion, il a acquis sous une influence encore inconnue une virulence plus grande; de plus, dans bien des cas, lorsqu'un abcès s'est ouvert au dehors, il se fait des associations microbiennes et le bacille de Koch ne paraît plus alors qu'au second plan, masqué par la suppuration, causée en général par des staphylocoques, et cette suppuration est une nouvelle cause

d'épuisement pour le malade ; aussi tous les auteurs ont-ils essayé d'attaquer le mal localement.

Tous les procédés ont été employés. — Les pommades : c'est le pansement de Scott, avec repos des articulations, à nouveau préconisé par Lucas Championnière ; dans ce traitement d'ailleurs, le repos, au dire du professeur Lannelongue, aurait une grosse influence.

Ce sont les injections dans les cavités purulentes d'antiseptiques variés, naphtol camphré, éther iodoformé, chlorure de zinc, etc.....

Mais ces traitements ne nous paraissent pas des traitements de choix pour des vieillards ; d'après notre expérience personnelle, et si l'on en croit le peu de cas de guérisons relevés par les auteurs, il vaut mieux essayer une autre méthode.

Les injections interstitielles de chlorure de zinc qui donnent chez l'enfant de si merveilleux résultats ne semblent donner chez l'adulte aucune satisfaction. Ziematsky les croit bonnes au début, mais hélas ! combien peu de fois est-on appelé au début.

Les grattages avec ou sans cautérisation chimique ou ignée ne nous ont donné que des résultats déplorables, et les observations qui suivent sont nombreuses pour indiquer l'inanité d'un pareil procédé.

Et encore faut-il lire avec soin les observations des auteurs, car souvent les guérisons enregistrées ne sont que de fausses guérisons « guérison avec fistule » ; et dans ces cas, il eût été aussi simple de laisser couler la fistule primitive sans épuiser encore le malade par des souffrances ou les fatigues d'une anesthésie.

Ou bien encore le malade quitte l'hôpital quelques jours après la cicatrisation de sa plaie ; mais au bout de peu de semaines une nouvelle collection se forme derrière la cicatrice et tout est remis en question.

OBS. 26 (personnelle).— Recueillie grâce à l'obligeance du docteur BIRON, d'Argenteuil). — *Tuberculose des os du métacarpe et du métatarse.*

Mme L. 57 ans, exerçant la profession de marchande de vin au détail.

La malade ne présente aucun antécédent, ni personnel, ni héréditaire.

L'examen des viscères ne révèle aucune lésion.

Cette femme malgré sa profession ne présente pas de stigmates d'alcoolisme.

Sans traumatisme, sans cause apparente, le pied commence à se tuméfier il y a huit mois.

Deux mois après, apparaît un abcès dont l'ouverture laisse subsister un trajet fistuleux qui permet au stylet de sentir le bord du cinquième métatarsien dénudé et nécrosé.

Il y a six mois, la main droite se prend à son tour ; le début des accidents semble provenir du cinquième métacarpien ; bientôt les lésions envahissent les articulations carpo-métacarpiennes qui sont prises actuellement ; le poignet paraît libre encore.

Depuis deux mois, la malade est traitée par l'arsenic à l'intérieur et localement par le pansement de Scott ; mais les résultats ne sont guère satisfaisants.

OBS. 27 (personnelle).— Recueillie à l'hôpital d'Argenteuil, grâce à l'obligeance du docteur BIRON. — *Tumeur blanche du pied.*

J. G., 59 ans, exerçant la profession de journalier, né à Argenteuil et y ayant toujours habité.

Le malade dit ne pas faire de grands excès de boisson : il boit en moyenne deux litres de vin par jour.

Pas d'antécédents personnels. Pas de traces de tuberculose dans sa famille.

Il y a trois mois sans cause appréciable, le dos du pied commence à enfler ; un mois après le début, il se forme un petit abcès qu'on incise ; la tuméfaction du pied ne diminue guère, bientôt la fistule se ferme. Mais un nouvel abcès se reforme et le 15 septembre il faut à nouveau inciser.

Les pansements à la pommade mercurielle ne semblent donner aucun résultat.

Les cas de guérison chez les vieillards après opérations conservatrices sont rares ; nous n'avons pu en relever que quelques cas.

Guérison par grattages.

BOUJU (obs. XVI). — Tuberculose vertébrale, 66 ans.

WAMOSSY. — *Weiner med. Presse*, 89. Tuberculose costale.

REBOUL (obs. XLIV). — Tuberculose costale, 53 ans.

CHALMETTE (obs. XII). — Tuberculose costale, 55 ans.

Guérison par cautérisation au chlorure de zinc.

MAUCLAIRE (obs. 367). — Tuberculose du pied, malade âgé de 54 ans. Extraction de l'apophyse du calcanéum, du col de l'astragale, du scaphoïde, des 3 cunéiformes, du cuboïde et de la base des 4^e et 5^e métatarsiens.

MAUCLAIRE (obs. 343 bis). — Ostéo-arthrite tibio-tarsienne. Malade de 63 ans. Incision, curetage, cautérisation au chlorure de zinc.

MAUCLAIRE (obs. 12). — Tuberculose du poignet, malade de 68 ans, 5 séances d'injections interstitielles de chlorure de zinc au 1/10.

PAGET. — Tuberculose vertébrale chez un vieillard de 56 ans. Incision, drainage : guérison qui s'est maintenue jusqu'à l'âge de 81 ans.

Les autres cas relevés, et ils sont nombreux, montrent que les résultats de ces opérations sont très mauvais.

OBS. 28 (CITERNE, obs. XIV. Résumée). — *Tuberculose costale.*

C. Marguerite, 55 ans, blanchisseuse.

20 novembre. — Incision, drainage.

12 janvier. — La plaie est cicatrisée, exeat.

21. — Les douleurs et la tuméfaction reparaissent.

OBS. 29 (COURTIN, obs. III. Résumée). — *Tuberculose de l'omoplate.*

G. Pierre, 61 ans, ciseleur.

31 mai. — Évidement des parties malades.

15 juin. — Incision opératoire guérie, mais on note l'existence de trois nouvelles fistules.

28. — Ouverture du trajet fistuleux ; grattage de la poche.

11 juillet. — Une fistule persiste.

OBS. 30 (CHALMETTE, obs. IV. Résumée). — *Tumeur blanche du coude,*

G., 56 ans, cantonnier.

En juillet 1896, curetage au niveau de l'olécrâne ; deux nouvelles tentatives de curetage avec cautérisation au chlorure de zinc faites à six semaines d'intervalle échouent à nouveau.

En mars 1897, les fistules persistent.

OBS. 31 (MOREL, obs. I. Résumée). — *Tuberculose de l'omoplate.*

C. Jean, frotteur.

1^{re} intervention par le docteur Delbet : incision, résection d'une portion de l'omoplate.

Trois mois après, nouvelle intervention.

Un mois après, nouvel abcès qu'on ponctionne deux fois : puis le docteur Demoulin en septembre 1892 pratique la résection d'une nouvelle portion d'omoplate. Pansements prolongés à l'Hôtel-Dieu.

12 grattages faits sans anesthésie.

Le 8 juillet 1893 nouvelle intervention, résection de l'omoplate ; le docteur Demoulin ne laisse que l'angle supérieur et externe.

Actuellement le malade paraît guéri.

OBS. 32 (BRESSON, obs. II. Résumée). — *Tumeur blanche suppurée du poignet.*

Ch. Pierre, 54 ans.

Résection, réunion par première intention. Au bout de six semaines récidive.

OBS. 33 (PETITOT, obs. XXVI. Résumée). — *Ostéo-tuberculose du sternum.*

B., 55 ans, tailleur de pierres.

4 septembre. — Incision, grattage et curetage, cautérisation des fongosités.

15 décembre. — Persistance d'un bouchon fongueux au milieu de la plaie.

OBS. 34 (SOULIGOUX, obs. 42. Résumée). — *Tuberculose sterno-costale.*

G. Auguste, 56 ans, journalier.

Résection de trois centimètres de la troisième côte droite le 16 septembre.

Cicatrisation presque complète le 20 octobre.

OBS. 35 (DULAC, obs. V. Résumée). — *Arthrite fongueuse de l'articulation scapulo-humérale.*

S. Henri, 52 ans. Résection le 12 mai 1879.

Un an après, fistule persistante.

OBS. 36 (SENDER, obs. X. Résumée). — *Tumeur blanche du genou.*

Veuve Z., 64 ans.

25 mai 1887. — Arthrectomie synoviale et osseuse, réunion parfaite au bout de trois semaines ; mais peu de temps après, au niveau de la tubérosité du tibia, récidive qui nécessite l'amputation de la cuisse.

OBS. 37 (BOURDELAIS, obs. IV. Résumée). — *Tuberculose du pied.*

B. Michel, 63 ans, maçon.

Amputation le 25 avril 1876.

Au moins de juin, fongosités du moignon.

OBS. 38 (CHALMETTE, obs. III. Résumée). — *Ostéo-arthrite tibio-tarsienne.*

B., 67 ans.

Amputation au tiers inférieur de la jambe le 26 août 1896.

En février 1897, il persiste une fistule malgré une incision et un curetage faits à Tenon.

OBS. 39 (BOURDELAIS, obs. VI. Résumée). — *Tuberculose du pied.*

B. Marie, 78 ans.

Tumeur blanche du pied. En novembre 1866, amputation de la jambe, guérison.

Cinq ans après, douleurs au niveau de l'extrémité postérieure du 1^{er} métatarsien ; puis abcès et fistule.

En un mot c'est une récurrence dans le pied gauche.

L'état général empêche d'intervenir.

OBS. 40 (personnelle). — *Tuberculose du tibia.*

B. Théodore, entré le 1^{er} juillet 1897 à la Maison départementale de Nanterre (3^e section, atelier des chiffons).

Le malade originaire de Seine-et-Oise est âgé de 55 ans ; il a exercé successivement les professions de maçon jusqu'à l'âge de 30 ans, puis d'étameur, et de tout temps a fait une consommation exagérée de vin et d'alcool.

Rien de remarquable à signaler dans ses antécédents héréditaires.

A 14 ans il aurait été soigné à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant six semaines pour des abcès dans le dos.

A 25 ans, il eut une pleurésie soignée à Beaujon.

En 1895, il est opéré d'une hernie inguinale.

Actuellement il est porteur d'une double hernie inguinale.

Il y a 4 ans il reçoit un coup sur la jambe et ne se ressent pas de ce traumatisme.

Le 1^{er} juin 1898, il entre à l'infirmierie (médecine) pour de la bronchite et de la néphrite.

Vers le mois de janvier 1899 apparaît une tuméfaction au devant du tibia droit, les douleurs avaient apparu avant l'abcès. Le 9 août, nous incisons l'abcès, le curetons et le cautérisons au chlorure de zinc.

La lésion persistant en octobre, le docteur Remy après anesthésie au protoxyde d'azote, incise la fistule, résèque à la pince-gouge une bonne portion du bord antérieur du tibia et curette les parties molles.

Une fistule persiste cependant, et le malade sort de l'infirmierie au mois de mai, refusant de se laisser faire une opération complémentaire.

Obs. 41 (inéдите). — Recueillie dans le service du docteur REMY. —
Ostéo-tuberculose du tibia.

L. Charles, 58 ans, marchand ambulant, entré à la Maison départementale de Nanterre le 15 mars 1892 (3^e section).

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires ; mais le malade a un moral affaibli ; il essaie de se laisser mourir d'inanition.

Quinze jours avant son entrée, il s'aperçoit qu'il avait au tiers supéro-externe de la jambe droite une petite tumeur, rouge à la base, bleuâtre à son centre.

A son entrée à la Maison, la petite tumeur avait deux centimètres de diamètre.

20 août. — On incise et on curette, mais sans résultat ; on essaie le traitement anti-syphilitique, mais il n'y a aucune modification.

21 novembre. — Le malade entre à l'infirmierie ; la tumeur persistant toujours, on incise et on trouve une ostéite du tibia siégeant à la face postérieure ; on curette, on évide l'os malade.

24 février. — Le malade sort à peu près guéri.

29 juin. — Il persiste une fistule avec un point nécrosé.

OBS. 42 (inédite). — Recueillie dans le service du D^r REMY. —

Carie tuberculeuse du sacrum.

B. Louis, 59 ans, placier, entré à la Maison départementale de Nanterre, le 15 avril 1896, et placé immédiatement à l'infirmerie.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Il y a 27 ans, apparaissent des hémorroïdes qui déterminent de temps en temps des selles sanglantes, mais sans incommoder autrement le malade.

Il y a deux ans, il se forma une fistule anale pour laquelle il fut soigné à la Charité dans le service du professeur Tillaux. — Au dire du malade, il s'était développé au niveau de la fosse ischio-rectale un abcès qui fut ouvert et consécutivement subsista une petite fistule borgne externe.

A côté de cette première fistule et tout près de la marge de l'anus il se forma une seconde fistule. Le malade fut opéré à Necker dans le service de M. Le Dentu. La cicatrisation fut assez rapide.

Actuellement il existe au niveau du bord droit de l'anus une fistule qui semblerait d'origine osseuse, vu sa direction ; mais on ne sent pas d'os dénudé, de plus sa profondeur n'est que de 2 ou 3 centimètres.

En arrière de l'orifice anal à 5 centimètres environ, on trouve un autre orifice fistuleux.

L'état général est bon, quoique le malade manque d'appétit ; il y a quelques douleurs au moment de la défécation, de plus une douleur persistante au niveau de la deuxième fistule que nous avons mentionnée.

10 juillet 1891. — Intervention. On trouve une fistule borgne externe sus-sphinctérienne. Incision du sphincter au thermocautère. On constate que cette fistule a un vaste diverticule admettant facilement l'extrémité de l'index, et la sonde cannelée arrive sur la face antérieure dénudée du sacrum. On résèque le coccyx, puis le sacrum jusqu'au 3^e trou sacré.

18 août. — L'énorme plaie opératoire se comble peu à peu.

13 octobre. — Guérison complète. Mais il y a incontinence partielle des matières.

14 novembre 1896. — Le malade se plaint de souffrir de sa cicatrice, on constate deux orifices fistuleux distants l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres et par lesquels on sent un point osseux dénudé.

21 novembre 1896. — Le malade est perdu de vue.

Aussi notre avis est-il que dans le cas où l'on peut intervenir largement, on doit agir vite et radicalement. Dans les affections du thorax il faut agir avec circonspection, se souvenir que parfois une fistule unique est le résultat de la lésion de plusieurs côtes et qu'un vieillard cachectisé ne sera guère en état de faire les frais d'une opération de longue durée et de grande étendue.

De même, pour les opérations sur la colonne vertébrale et sur les os du bassin où une fistulette infime peut être le seul indice d'une lésion très étendue qui nécessiterait une intervention sûrement mortelle.

Enfin il faudra savoir aussi s'abstenir même en cas de lésions des membres, lorsque les localisations sont multiples et qu'elles entraîneraient à de trop grandes mutilations.

D'ailleurs dans la clientèle qui a fait le sujet de nos observations que doit-on rechercher? A remettre l'individu rapidement sur pied pour lui faire fuir l'hôpital le plus vite possible et le mettre en état de respirer un air moins vicié et de subvenir à ses besoins.

Aussi proposons-nous dans la tuberculose des membres, la plus fréquente, l'amputation et l'amputation faite

sans économie ; et nous sommes soutenu dans cette idée, non seulement par les cas que nous avons vus, mais encore par l'opinion de notre maître le docteur Remy et par la majorité des auteurs.

Le professeur Tillaux conseille l'amputation, l'articulation tibio-tarsienne fût-elle seule prise ; Verneuil, Polaillon, Thiéry, Marsh, sont d'avis d'intervenir dans la tuberculose osseuse.

Albert de Vienne, critique les résections dans leur principe théorique et dans leur résultat ; il propose l'amputation chez les adultes.

Coudray n'admet pas les grattages chez l'adulte.

Le Dentu va plus loin et propose (juin 1895) la désarticulation de la hanche pour arthrite fongueuse du genou, le canal médullaire étant pris ; Quénu et Championnière protestent d'ailleurs.

Mondan est partisan des résections dans la tuberculose du poignet : « hors le cas d'individus âgés cachectiques ».

Vigerie est aussi pour un traitement radical.

Polaillon, à propos de la tumeur blanche du genou, dit : « Les faits de ma statistique m'ont montré que la résection ne donne pas de bons résultats, si les lésions sont trop avancées. Dans ce cas, il vaut mieux recourir à l'amputation de la cuisse.

« L'amputation est encore indiquée toutes les fois que l'on a affaire à un malade affaibli, sous le coup d'une tuberculose pulmonaire commençante et qu'il s'agit d'obtenir un rétablissement rapide. »

Mais une autre question se pose dans l'indication de l'intervention : s'il y a des lésions pulmonaires doit-on opérer ?

Petitot répond par l'affirmative ; Geraert note une aggravation dans 10 0/0 des cas.

Thiéry dit qu'il y a parfois des cas heureux et parfois des désastres ; Mollière de Lyon, Le Dentu, Routier sont pour l'intervention.

Schwartz a 200 bons résultats sur 205 interventions.

En somme la question se résume en une affaire de tact clinique qui permet de juger si oui ou non le malade est capable de supporter le shock opératoire ; dans la majorité des cas on sera autorisé à opérer.

Comme conclusion à ce chapitre sur le traitement, nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'opinion d'Ollier à laquelle nous souscrivons pleinement :

« Les amputations sont supérieures, en principe, aux résections ; elles suppriment d'un coup des foyers apparents d'infection, laissent une plaie nette qui peut se réunir immédiatement et plus rapidement qu'une plaie de résection. Aussi lorsqu'il s'agit de supprimer une suppuration articulaire sur un sujet débilité par une longue suppuration et par un séjour au lit, doit-on amputer. Il faut soustraire le plus tôt possible le malade aux causes de débilitation qui préparent le terrain pour de nouvelles manifestations tuberculeuses.....

« Si l'on songe aux souffrances sans cesse renouvelées, aux accidents fébriles qu'éprouvent les tuberculeux dans quelques formes d'ostéo-arthrites, on comprendra tous les secours qu'une opération faite à point peut leur rendre (1). »

(1) Nous noterons seulement pour mémoire, n'ayant pu en faire l'expérimentation, ni en constater les résultats, les traitements par les caustiques

Obs. 43 (personnelle). — *Tuberculose du pied.*

H. Victor, âgé de 37 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre le 19 janvier 1898 (3^e section, atelier des sacs).

De son métier le malade est apprêteur en crins ; il ne semble pas avoir fait de grands excès alcooliques ; il est né dans le Calvados, mais est venu de très bonne heure à Paris.

Son père serait mort alcoolique à 53 ans ; sa mère est morte âgée ; son frère aurait succombé à la phtisie à 33 ans ; quatre autres frères sont morts en bas âge.

Dans son enfance on ne relève aucune trace de scrofule ; il aurait eu une attaque de rhumatisme en 1872. Aucune maladie jusqu'en octobre 1897 ; à cette époque il reçoit une pierre sur le pied ; aucune plaie.

Vers le mois de janvier 1898, le pied commence à enfler et le malade ressent une douleur sourde qui le gêne pour marcher. Les lésions vont en s'accroissant, l'œdème augmente ; il se forme un petit abcès qu'on incise et qu'on gratte.

Mais au mois de juillet 1899 la fistule ne se tarissant pas, le pied étant toujours volumineux, globulaire et ne pouvant être d'aucune utilité, le malade se résout à l'amputation que nous lui pratiquons au tiers moyen de la jambe avec lambeau externe.

Les suites opératoires sont excellentes ; au bout d'un mois le malade marche ; nous avons pu le suivre à plusieurs reprises, la guérison semble se maintenir.

Les viscères étaient sains.

Obs. 44 (personnelle). — *Tuberculose du pied.*

P. Emile, 52 ans, greffier (2^e section, atelier des chiffons).

Le malade entre à la Maison départementale de Nanterre en 1887 ; il en sort et y rentre depuis à plusieurs reprises.

proposés par Trunczek de Prague, l'héliothérapie préconisée par Millioz, le traitement par le cacodylate de soude expérimenté par Bayeux et Piot et celui par les courants de haute fréquence de Rivière.

Son père serait mort d'une lésion cardiaque ; sa mère est morte à 75 ans ; un frère a succombé à un accident.

Il a fait des excès alcooliques, abusant des apéritifs, si bien qu'on a dû l'interner pendant quelques semaines.

Le malade n'a reçu aucun traumatisme ; mais en 1896, il s'aperçoit le matin que peu de temps après s'être levé, la cheville enfle ; il reste deux mois au repos. Le gonflement disparaît, il ne ressent d'ailleurs aucune douleur. Quatre mois après, apparaît à la face interne du pied une tuméfaction du volume d'une noix, qui prend une coloration rosée ; il ressent à ce moment des douleurs lancinantes.

L'abcès s'ouvre spontanément ; il en sort un mélange de sang et de pus.

Le malade reste cinq mois à l'infirmerie mais refuse toute intervention.

En août 1899, le malade revient avec un pied énorme, globuleux, l'enflure n'ayant cependant pas envahi les orteils ; on trouve un trajet fistuleux en avant de chaque malléole.

Vers le mois de juin apparaît au niveau de la tête du péroné, une petite tumeur qui s'ouvre spontanément. Aussi le malade acceptant l'opération, est-on obligé de faire l'amputation au tiers inférieur de la cuisse ; celle-ci pratiquée par le docteur de Pezzer donne un bon résultat opératoire.

Nous voyons le malade en juillet 1900, il a une orchite tuberculeuse double ; l'état général s'étant cependant maintenu bon.

Le malade refuse à nouveau toute intervention pour cette nouvelle localisation.

Obs. 45 (personnelle). — *Tuberculose du pied.*

P. Emile, 55 ans, comptable (2^e section).

A fait des séjours nombreux à la Maison de Nanterre : du 24 novembre 1891 au 14 août 1893 ; du 4 février 1894 au 8 septembre 1895 ; du 10 octobre 1895 au 21 mai 1897 ; du 9 décembre 1897 à maintenant.

Son père est mort à 77 ans, sa mère à 60 ans indemnes semble-t-il de lésions tuberculeuses.

Les frères et sœurs sont bien portants, mais sa femme est morte phtisique et deux enfants sont morts en bas âge.

Jamais il n'a fait aucune maladie, mais il avoue s'être livré à des excès alcooliques pendant une dizaine d'années ; il a été soigné dans les services de médecine de la Maison de Nanterre pour néphrite.

En août 1897, le malade marche beaucoup avec des bottines étroites, le soir son pied enflait.

Une fois entré à la Maison, les accidents s'amendent.

Le 5 septembre 1898, au retour d'une permission, son pied enfle à nouveau, et il ressent une douleur très vive dans tout le pied.

Le malade est soigné dans un service de médecine pour sa néphrite.

Quinze jours après, notre excellent collègue et ami Petit incise un petit abcès qui s'était formé sur le dos du pied ; il ne fait aucun grattage.

Quinze jours après le malade entre en chirurgie ; nouvelle incision à la face dorsale et externe.

Une quinzaine se passe à nouveau, les symptômes ne s'amendent pas ; le pied étant volumineux, globuleux, présentant une pseudo-fluctuation, notre collègue tente une dissection des gaines tendineuses avec curetage et cautérisation, mais la plaie se referme mal ; il persiste deux trajets fistuleux.

Nous voyons le malade vers le mois d'avril 1899 ; nous tentons d'injecter du naphтол camphré dans ces fistules bien que les lésions soient très avancées.

Sur ces entrefaites survient une obstruction intestinale qui dure six jours.

L'état général tendant à devenir moins bon, sur le conseil et avec l'autorisation du docteur Remy, nous pratiquons le 16 juin 1899 l'amputation de la jambe avec lambeau externe.

Les suites opératoires sont excellentes ; en quinze jours la cicatrisation est complète.

Rien aux poumons, si ce n'est une respiration saccadée au sommet gauche ; le malade ne tousse pas. Foie normal ; albumine dans les urines.

Nous avons pu revoir notre opéré en octobre 1900 ; la guérison se maintient ; le malade continue à être soigné de sa néphrite dans un service de médecine.

Obs. 46 (personnelle). — *Tuberculose du poignet.*

V. Jean, 50 ans, ferblantier. Entré à la Maison départementale de Nanterre en juin 1887 ; depuis cette époque, il est sorti de la Maison et rentré successivement 7 ou 8 fois.

On ne trouve aucun antécédent héréditaire.

A l'âge de 9 ans, le malade est atteint de coxalgie, avec abcès par congestion ; au bout de quatre mois, s'ouvrent autour de l'articulation, de multiples abcès qui donnent issue à beaucoup de pus.

Soigné par Bergeron et Marjolin, le malade n'est pas immobilisé ; on ne fait aucune intervention.

La guérison arrive cependant au bout de quatre ans, après quoi il fait un séjour de deux ans à la Roche-Guyon.

Le 15 février 1897, il entre à l'Hôtel-Dieu pour des hémoptysies ; on le soigne pour une tuberculose pulmonaire ; le 28 avril il sort amélioré.

A partir de ce moment, le malade commence à souffrir de son poignet ; c'est une douleur qui apparaît le matin pour disparaître par le travail.

Trois mois après apparaît une petite tuméfaction au niveau de la tabatière anatomique, puis l'articulation du poignet commence à gonfler, d'abord à la région dorsale ; puis la face palmaire est envahie à son tour.

On injecte par erreur huit seringues de chlorure de zinc au lieu de huit gouttes, il s'en suit une eschare énorme qui met neuf mois à se guérir ; il persiste seulement au bout de ce temps un petit trajet fistuleux au niveau de la tabatière anatomique.

Quelques mois après, le malade va à l'hôpital Cochin où on lui propose l'amputation qu'il refuse.

Enfin il revient à Nanterre en février 1899; il y travaille pendant 5 mois.

En août 1899, il entre à l'infirmerie et accepte l'opération.

Le poignet est énorme, la main est tuméfiée; la région dorsale est criblée de fistules; l'état général ne semble cependant pas mauvais; on trouve quelques craquements au sommet droit, mais le malade tousse peu; il est facilement essoufflé ce qui s'explique par l'albumine que l'on trouve dans les urines.

Néanmoins le 17 août nous faisons l'amputation de l'avant bras au tiers moyen avec deux lambeaux égaux.

La plaie est assez longue à guérir; la cicatrisation n'est complètement obtenue qu'au bout de deux mois, mais les résultats se sont maintenus et le moignon est absolument sain en octobre 1900.

OBS. 47 (inédite). — Recueillie dans le service du docteur REMY. —
Tumeur blanche du genou.

R. Félix, 63 ans, cuisinier. Entré à la Maison départementale de Nanterre le 21 août 1893 (2^e section).

Son père serait mort à 81 ans, sa mère serait morte d'affection pulmonaire à 58 ans; aucune maladie jusqu'à il y a un an.

A cette époque il fait une chute sur le genou; il sent un craquement et une douleur qui persiste sourde. On lui fait de la révulsion d'avril à juillet 1894, mais le malade maigrit, le membre est atrophié, il y a de l'œdème du pied, l'extension et la flexion complète du genou sont impossibles.

Rien aux viscères; ni sucre ni albumine dans les urines; appétit et sommeil conservés.

Les douleurs augmentent ainsi que la tuméfaction; la malade se décide à se laisser opérer.

30 août. — Amputation au tiers moyen de la cuisse; on trouve de l'arthrite fongueuse avec des os peu altérés.

15 septembre. — La cicatrisation est à peu près complète, sauf sur une longueur de deux centimètres.

15 octobre. — Guérison.

12 décembre. — Mort par hémorrhagie cérébrale.

Obs. 48 (personnelle). — *Tuberculose de la phalange
du gros orteil.*

G. Isidore, âgé de 74 ans. Entré à la Maison départementale de Nanterre le 4 octobre 1893 (4^e section).

Les parents sont morts très âgés, lui-même n'a pas d'antécédents de scrofule et l'on ne trouve aucune maladie dans sa jeunesse.

Avant d'entrer à la Maison, il avait travaillé à Rouen comme journalier et là il avait fait une grande consommation de liqueurs alcooliques, d'eau-de-vie surtout.

Depuis son entrée à Nanterre, le malade travaille à l'ébarbage ; il ne se souvient d'avoir reçu aucun traumatisme ; il accuse seulement ses sabots de lui avoir meurtri le pied.

A Pâques dernier, il est obligé de suspendre son travail ; depuis déjà un mois le malade souffrait et le pied enflait. Il entre à l'infirmerie le 16 juillet 1900 ; 4 semaines après, on fait une incision au niveau de la phalange, il s'écoule un peu de pus ; huit jours après on est obligé de faire une nouvelle incision.

Depuis cette époque une fistule persiste.

Le malade tousse depuis longtemps, et on constate à l'auscultation une respiration rude au sommet droit en avant. Quelques ganglions dans l'aine droite, ce qui n'a rien de surprenant avec cette fistule persistante. Les autres viscères sont sains. Un léger nuage d'albumine dans les urines, mais pas de sucre.

18 août. — On se décide à faire la désarticulation interphalangométatarsienne du gros orteil.

La plaie opératoire guérit normalement.

Le 15 septembre le malade quitte l'infirmerie guéri.

L'examen des fongosités tapissant la fistule démontre l'existence de cellules géantes.

Obs. 49 (personnelle). — *Tuberculose de la phalange de l'auriculaire de la main droite.*

Mme A. L., 65 ans, cartonnrière.

Nous l'observons à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, en octobre 1898.

C'est une femme obèse à tempérament sanguin, sans antécédents héréditaires ni personnels.

Depuis un an, elle a vu l'annulaire de sa main gauche augmenter progressivement de volume ; elle a ressenti peu à peu de la raideur dans les mouvements de flexion.

Depuis trois mois, la tuméfaction augmente ; une petite fistule s'est ouverte depuis un mois environ.

Sur le conseil de notre maître le docteur Guillemain, nous faisons la désarticulation interphalango-métacarpienne du 5^e doigt de la main droite.

La guérison se fait normalement.

Nous avons pu revoir la malade en septembre 1900, la cicatrice est excellente.

Obs. 50 (DEVEREUX, *Lancet*, 7 décembre 1878), Tewkesbury hôpital.

— *Carie du poignet chez un vieillard de 73 ans. — Amputation du bras. — Erysipèle au 55^e jour. — Guérison.*

John R., âgé de 73 ans, ouvrier des champs.

Admis le 19 juillet. Jusqu'à il y a quatre ans il avait toujours eu une bonne santé. A cette époque le poignet droit commence à enfler et à être douloureux, mais il continua à travailler pendant deux années quoique avec un peu de gêne.

Deux ans et trois mois environ avant son entrée à l'hôpital, après s'être exposé au froid, l'enflure et la douleur s'accrurent subitement et en peu de jours une fistule s'ouvrit au côté antéro-externe du poignet et donna issue à beaucoup de pus pâle et épais.

Depuis lors, son état empire d'une façon continue et d'autres fistules apparaissent sur le dos du poignet ; la douleur persistait.

A son arrivée le malade a l'apparence d'un beau vieillard, mais

très affaibli ; arc sénile très marqué, artères dures ; pas d'albumine.

L'articulation est très enflée, beaucoup d'œdème de la main et quelques fistules donnant issue à un peu de pus jaune.

Amputation le 21 juillet, l'articulation est très malade, les ligaments sont en grande partie détruits ; l'extrémité inférieure du radius et quelques os du carpe sont dénudés et cariés et la synoviale est épaisse et fongueuse. Guérison à la fin d'août malgré un érysipèle.

OBS. 51 (MARSH, *Lancet*, 1890). — *Tumeur blanche du genou.*

Un homme de 63 ans, qui en paraît 70, vient consulter pour son genou. D'après lui, depuis deux mois environ, l'articulation est faible, douloureuse, raide et légèrement gonflée. Je fis le diagnostic de rhumatisme sénile : j'ordonnai une série de quatre vésicatoires et du repos. Quinze jours après la synoviale était encore plus épaisse et plus gonflée, la peau avait une chaleur absolument normale et présentait une coloration quelque peu brune et luisante. Alors j'en vins à penser que l'affection pouvait être de nature tuberculeuse, et examinant les poumons j'y trouvai des signes non douteux de bacillose. Quinze jours après, l'article suppurait et une collection purulente s'était formée sur la tête du tibia.

Admission à l'hôpital. Le lendemain il y eut ouverture spontanée de l'abcès et écoulement d'une demi-once de pus caséux, la fistule qui en résultait n'avait aucune tendance à se fermer. Pendant deux mois la jambe fut laissée dans une gouttière qui assurait un repos complet, mais il y avait toujours augmentation du gonflement et de l'épaississement de la synoviale. De plus les muscles de la jambe s'atrophiaient peu à peu ; la toux devenait plus fréquente et l'expectoration franchement purulente. On discute la question de savoir si malgré l'envahissement des poumons par la tuberculose l'amputation pouvait être risquée. Le danger résultant de l'opération semblait moindre que celui de laisser le malade confiné au lit avec une température atteignant souvent

102 F. J'amputai le malade ; la plaie guérit par première intention dans toute son étendue et ne fut pansée qu'une fois ; l'amélioration de l'état général fut rapide. Il gagna vite de l'embonpoint et la température redevint normale.

OBS. 52 (MARSH, *Lancet*. Résumée). — *Tuberculose du poignet.*

Homme de 67 ans ; vint à la consultation il y a environ six ans avec son poignet gauche gonflé et faible ; ligaments considérablement relâchés. Toute l'articulation était le siège d'une déformation marquée. On pouvait sentir la synoviale épaissie et les muscles de l'avant-bras avaient subi une atrophie très marquée.... L'affection à laquelle le malade attribuait comme début un violent mouvement de torsion du poignet pendant son travail, progressait depuis quatre mois.... La douleur était assez légère. Main et avant-bras furent enfermés dans des attelles de cuir.

Pendant le mois suivant l'état du membre s'améliora ; tuméfaction, rougeur, chaleur diminuèrent. Le malade reprend son métier de tonnelier ; mais il se produit une rechute immédiate et un abcès se forma. On l'ouvrit, mais la suppuration continua et il se forma deux fistules. Cette suppuration fut vite suivie de la destruction des ligaments ; les différents os du carpe étaient sentis dénudés au stylet.

Amputation. Guérison lente.

OBS. 53 (POLAILLON, obs. 305. Résumée). — *Tumeur blanche du poignet.*

Antoine L. 53 ans, employé aux bureaux ambulants de la Poste depuis 18 ans, ce travail est extrêmement fatigant.

Le 10 janvier 1879, il est victime d'un tamponnement dans lequel il reçoit des contusions aux membres inférieurs et au poignet.

Vers le milieu de l'année 1879, il perçoit des douleurs dans le dos et du gonflement au milieu des lombes du côté droit.

En janvier 1880, apparition d'une tuméfaction au niveau des

testicules et abcès consécutif. On fait trois ponctions successives dans la tuméfaction dorsale.

Entré à la Pitié, le 7 février 1881. On constate une tuméfaction du poignet envahissant les doigts avec fluctuation nette du dos de la main ; à cette époque les testicules sont gros, indolents, et il existe une petite fistule à gauche. Un abcès s'étend de la cinquième vertèbre dorsale au bord supérieur de l'os iliaque. La pression est douloureuse vers la dernière lombaire. L'état général est cependant satisfaisant.

Le 26 février désarticulation du poignet ; guérison locale qui se maintient le 2 juin.

Nous pouvons encore citer une observation de :

Bœckel (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1875), où la guérison survint dans une tuberculose de l'omoplate après une large résection de l'acromion et de l'épine de l'omoplate, chez une femme de 63 ans.

Un excellent résultat d'amputation de cuisse pour tumeur blanche du pied chez un homme de 54 ans (Courdray).

Enfin deux amputations suivies de bon résultat aussi : l'une de jambe, pour tumeur blanche du pied chez un homme de 57 ans (Moty, 7^e congrès de chirurgie), l'autre de cuisse, chez un vieillard de 63 ans, pour tumeur blanche du genou (Vigier, obs. IV).

CONCLUSIONS

Contrairement à l'opinion ordinairement admise, nous avons trouvé fréquemment la tuberculose osseuse et articulaire chez les vieillards.

Notre affirmation est appuyée sur une statistique personnelle portant sur 3.925 malades et relevant 178 cas de tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.

Parmi les conditions étiologiques pouvant expliquer cette fréquence nous n'avons rencontré que les causes banales de toutes les infections tuberculeuses.

La marche de la maladie nous a paru lente et son évolution torpide. Le pronostic est cependant assombri par la possibilité toujours menaçante d'une propagation à un autre organe.

La gravité de la maladie résulte d'ailleurs entre autres choses de la localisation de l'affection.

Les recherches faites, tant sur les malades observés par nous, que dans les observations parues antérieurement, nous ont amené à placer dans un ordre de fréquence décroissant les régions suivantes, les plus souvent atteintes : pied, côtes, genou, sternum, poignet, main, colonne vertébrale; etc... Chez les enfants, le traitement conservateur est la règle, chez les vieillards au contraire les opérations économiques doivent être proscrites ; le traitement d'ailleurs variera selon l'état général du sujet et selon la ré-

gion lésée. On devra d'abord s'assurer que le malade est en état de supporter le shock opératoire ; on devra de plus être très circonspect quand il s'agira de lésions costales ou vertébrales ou de lésions du bassin, car souvent la symptomatologie n'est nullement en rapport avec l'étendue des lésions.

On sera autorisé à agir lorsque l'examen local attentif aura démontré qu'on ne sera pas entraîné à des délabrements trop importants.

Dans le cas de tuberculose des os du crâne ou de la face, si les lésions sont bien localisées on pourra intervenir ; quant au traitement pour les affections des membres, les plus nombreuses, et celles dont nous nous sommes surtout occupé, il devra être radical : l'amputation est le procédé de choix, à condition toutefois que les lésions ne soient pas multiples.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le *Vice-Recteur de l'Académie de Paris*,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert** (de Vienne). — Ueber Gelenkresectionen bei caries. *Wiener klinik*, avril 1883.
- Apert**. — Note sur une forme de tuberculose osseuse du vieillard. *Bulletins et mémoires de la Soc. anat. de Paris*, n° 7, juillet-août 1900.
- Arloing**. — *Leçons sur la tuberculose*, 1892.
- Audry**. — *Les tubercules du pied*. Thèse de Lyon, 1891.
- Babès**. — Associations microbiennes de la tuberculose. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1889.
- Barié**. — Recherches sur la tuberculose sénile. *Revue de médecine*, octobre 1895 et janvier 1896.
- Bayeux**. — Traitement de la tuberculose osseuse par le cacodylate de soude. *Congrès international de médecine*. Paris, 1900.
- Bazin**. — *Leçons sur la scrofule*, 1861.
- Blum**. — *Chirurgie du pied*, 1888, p. 236.
- Bœckel**. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1875.
- Bories**. — *Aperçu médical sur la Maison de Nanterre*. Thèse de Paris, 1888.
- Bouju**. — *Essai sur les indications thérapeutiques dans les tuberculoses chirurgicales*. Thèse de Paris, 1893.
- Bourdelaïs**. — *Scrofule chez les vieillards*. Thèse de Paris, 1876.
- Bouvet**. — *Les adénopathies chirurgicales*. Thèse de Paris, 1900.
- Bresson**. — *Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplâtre mercuriel*. Thèse de Paris, 1889.
- Chalmette**. — *Considérations cliniques sur quelques observations d'ostéo-tuberculose*. Thèse de Paris, 1898.
- Charcot**. — *Maladies des vieillards*, t. VI. Paris, 1890.
- Citerne**. — *Contribution à l'étude des abcès froids des parois du thorax*. Thèse de Paris, 1884.
- Collon**. — Thèse de Berne, 1886.
- Cornil et Ranvier**. — *Manuel d'histologie pratique*. Paris, 1873.
- Coudray**. — *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose*. Thèse de Paris, 1884.
- Courtin**. — *Carie de l'épine de l'omoplate*. Thèse de Paris, 1883.
- Devereux**. — *Tuberculose sénile*. *Lancet*, 1878.

- Dulac.** — *De la scapulalgie. Son traitement par la résection.* Thèse de Paris, 1890.
- Dumoulin.** — *De quelques lésions tardives de la scrofule chez les vieillards.* Paris, 1854.
- Durand Fardel.** — *Traité pratique des maladies des vieillards.* Paris, 1873.
- Eisberg.** — *Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales. Processus tuberculeux et sa curabilité.* Thèse de Paris, 1896.
- Forgue et Reclus.** — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. I.
- Foulquier.** — *De la scapulalgie ou ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule.* Thèse de Paris, 1885.
- Gangolphe.** — *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894.
- Geraert.** — *Aggravation et généralisation de la tuberculose après les opérations.* Thèse de Paris, 1889.
- Gosselin.** — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1878, art. Ostéite.
- Guersant.** — *Dictionnaire en 30 volumes*, 1844.
- Hanot.** — *La tuberculose à la Maison de Nanterre. Etiologie et prophylaxie.* Thèse de Paris, 1899.
- Haran.** — *Contribution à l'étude de l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou.* Thèse de Paris, 1890.
- Jeannel.** — *Etudes sur la tuberculose.* Fascicule II.
- Josué.** — *Moelle osseuse des tuberculeux et histogénèse du tubercule.* Thèse de Paris, 1898.
- Kœnig.** — *Congrès de chirurgie.* Berlin, 1896.
- *Tuberculose des os et des articulations.* Tr. franç. de Liebrecht. Paris, 1885.
- Kiener et Poulet.** — *De l'ostéo-périostite tuberculeuse chronique ou carie des os.* Archives de phys. normale et path., 1883.
- Laconche.** — *Scrofules séniles.* Thèse de Bordeaux, 1882.
- Lagrange.** — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, tome III.
- Lalouette.** — *Traité des scrofules*, 1780.
- Lannelongue.** — *La tuberculose chirurgicale.* Collection Léauté.
- *Thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical et plus spécialement ostéo-articulaires.*
- *XII^e Congrès international de médecine.* Moscou, août 1897.
- *Abcès froids et tuberculose osseuse*, 1881.
- Lebert.** — *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.* Paris, 1849.
- Le Dentu et Delbet.** — *Traité de chirurgie*, tomes II et III.
- Le Dentu.** — *Interventions chez les tuberculeux.* Congrès de chirurgie, 1895. Société de chirurgie, juin 1895.

- Lefort.** — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1885, p. 4243.
- Léonté** (de Bucarest). — *Intervention chez les tuberculeux. Congrès de chirurgie*, 1889.
- Lucas-Championnière.** — *Traitement topique des tumeurs blanches. Journal de médecine et de chirurgie*, 25 février 1900.
- Madeline.** — *Hygiène des vieillards. Thèse de Paris*, 1863.
- Mahen.** — *Contribution à l'étude de la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. Thèse de Paris*, 1894.
- Marsh.** — *Senile tuberculosis. Lancet*, 1890.
— *Senile tuberculosis. Lancet*, 1892, p. 853.
- Mary.** — *Considérations démographiques et nosographiques sur la Maison départementale de Nanterre. Thèse de Paris*, 1890.
- Mauclair.** — *Des différentes formes d'ostéo-arthrite tuberculeuse. Thèse de Paris*, 1893.
- Milcent.** — *De la scrofule. Paris*, 1846.
- Millioz.** — *Héliothérapie locale comme traitement des tuberculoses articulaires. Thèse de Lyon*, 1899.
- Mollière** (de Lyon). — *Interventions chez les tuberculeux. Congrès de chirurgie*, 1896.
- Mondan.** — *La tuberculose du poignet. Revue de chirurgie*, 1896.
- Morel.** — *Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate. Thèse de Paris*, 1894.
- Naz.** — *De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque. Thèse de Paris*, 1896.
- Nélaton.** — *Recherches sur l'affection tuberculeuse des os. Paris*, 1836.
— *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1847. Tome II, p. 57.
- Nélaton (Ch.).** — *Le tubercule dans les affections chirurgicales. Thèse d'agrégation. Paris*, 1883.
- Ollier.** — *Traité des résections et des opérations conservatrices du système osseux, tome I.*
— *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1873, art. Carie.
— *La rugination et les résections économiques dans les arthrites tuberculeuses. Société de chirurgie de Lyon*, 29 mars 1900.
- Paget.** — *Senile scrofula. Clinical lectures and essays*, p. 314.
- Petitot.** — *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe. Thèse de Paris*, 1884.
- Pissard.** — *Ostéites primitives tuberculeuses de l'omoplate. Thèse de Paris*, 1899.
- Polailon.** — *Statistique et observations de chirurgie hospitalière. Paris*, 1895.
- Polosson.** — *Ostéo-tuberculose sénile. Lyon médical*, 20 mai 1888.
- Poncet.** — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome II.*
- Poux.** — *Méthode sclérogène, son application au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. Thèse de Paris*, 1892.

- Quénu.** — Mal de Pott. Scrofule des vieillards. *Société anatomique*, juin 1878, p. 332.
- Rageot de la Touche.** — *Etude sur quelques cas de scrofulose tardive*. Thèse de Paris, 1880.
- Reboul.** — *Contribution à l'étude de la tuberculose des os, de l'emploi des antiseptiques*. Thèse de Paris, 1890.
- Richet.** — *Mémoire sur les tumeurs blanches*, 1851.
- Rivière.** — Courants de haute fréquence. *Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales*. Paris, 1900.
- Routier.** — Intervention chez les tuberculeux. *Congrès de chirurgie*, 1889.
- Ruelle.** — *Etude clinique sur la tuberculose pulmonaire des vieillards*. Thèse de Paris, 1883.
- Schwartz.** — Interventions chez les tuberculeux. *Congrès de chirurgie*, 1889.
- Sendler.** — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1889.
- Souligoux.** — *Pathogénie des abcès froids du thorax*. Thèse de Paris, 1894.
- Splenger.** — Tuberculose des os et articulations du pied. *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1896, vol. XLIV, fasc. 1 et 2.
- Thiery.** — *Interventions chirurgicales dans les tuberculoses locales et chez les tuberculeux*. Thèse de Paris, 1890.
- Tillaux.** — *Traité de chirurgie clinique*, 1891, t. II, p. 888.
- Trunecek** (de Prague). — Nouvelle méthode de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.
- Vamossey.** — Carie costale tuberculeuse. *Wiener medical Presse*, 1889.
- Carie tuberculeuse du coude. *Wiener medical Presse*, 1880.
- Verneuil.** — *Etude sur la tuberculose*, 1890, p. 180.
- *Mémoires de chirurgie*, tome III.
- Vigerie.** — *Contribution à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses chez les vieillards*. Thèse de Lyon, 1893.
- Villemin.** — *Etudes sur la tuberculose et sur les preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculation*. Paris, 1868.
- Walther.** — Clinique chirurgicale. Hôpital de la Charité. *Indépendance médicale*, 21 décembre 1898.
- Arthrite articulaire du genou. *Semaine médicale*, 24 mars 1897.
- Widal.** — Tuberculose locale des vieillards. *IV^e Congrès pour l'étude de la tuberculose*. Paris, août 1890.
- Ziematsky.** — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. *Revue de chirurgie*, 1896, n^o 8.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Étiologie. — Recherches sur la fréquence de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire chez les vieillards	9
Statistique des cas de tuberculose osseuse, ostéo-articulaire et ganglionnaire observés dans le service de chirurgie de la Maison départementale de Nanterre, du mois d'août 1893 au mois d'octobre 1900.	17
CHAPITRE II. — Causes prédisposantes et causes déterminantes	20
CHAPITRE III. — Pronostic	44
CHAPITRE IV. — Siège des lésions	45
Tableau de la localisation des lésions dressé d'après l'examen des malades de Nanterre (chirurgie-hommes) . . .	47
Tableau de la localisation des lésions, dressé d'après les observations des auteurs et d'après des observations personnelles	47
CHAPITRE V. — Diagnostic	49

DEUXIÈME PARTIE

Traitement	53
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)
